HARVARD UNIVERSITY.

LIBRARY OF THE MASS. MED. COLLEGE.

Rules and Regulations.

6. G. 186.

No. ~~8 A 1141~~

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE,

Received Dec. 26, '84.

By Gift of Harv. Med. Sch.

to use the Library.

TRAITÉ

ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE

DE

PATHOLOGIE INTERNE.

—

TOME PREMIER.

Travaux de l'auteur.

ESSAI SUR LA COLIQUE DE PLOMB. 1835.

RECHERCHES SUR QUELQUES UNS DES ACCIDENTS CÉRÉBRAUX SATURNINS. 1836.

MÉMOIRE SUR LA PNEUMONIE. 1836.

HISTOIRE DES TUMEURS PHLEGMONEUSES DES FOSSES ILIAQUES. 1839.

DE L'INFECTION (Thèse de concours, 1838).

DE LA FIÈVRE sous les rapports diagnostique, pronostique et thérapeutique (Thèse de concours, 1844).

TRAITÉ PRATIQUE DE LA PNEUMONIE aux différents âges et dans ses rapports avec les autres maladies aiguës et chroniques. Paris, 1841. Ouvrage auquel l'Académie royale des sciences a décerné une récompense de *deux mille francs*.

Paris. Imprimerie de Bourgogne et Martinet, rue Jacob, 30.

TRAITÉ

ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE

DE

PATHOLOGIE INTERNE,

PAR

A. GRISOLLE,

D. M. P.,

Médecin des hôpitaux et hospices civils; Agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société de médecine; Membre honoraire de la Société anatomique; Membre correspondant de l'Académie de médecine de Marseille, etc.

TOME PREMIER.

[illegible] MEDICAL [illegible]

PARIS,

LIBRAIRIE DE FORTIN, MASSON ET Cie,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 1.

Même maison, chez L. Michelsen, à Leipzig.

1844

A. M. CHOMEL,

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE PARIS,
MÉDECIN CONSULTANT DU ROI, MÉDECIN ORDINAIRE DE LA PRINCESSE ROYALE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN HONORAIRE DES HÔPITAUX, MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE
DE MÉDECINE ET DE PLUSIEURS ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS
SAVANTES NATIONALES ET ÉTRANGÈRES.

MON TRÈS CHER MAITRE,

Vous m'avez donné l'idée de ce livre; votre vaste expérience et votre haute raison ont souvent éclairé mes doutes et rectifié mes erreurs. Daignez agréer cette dédicace comme un témoignage public de ma gratitude et de mon affection pour vous.

A. GRISOLLE.

AVANT-PROPOS.

Le traité de Pathologie interne que je livre aujourd'hui au jugement et à la bienveillance de mes confrères fut entrepris il y a plusieurs années dans le but de combler une lacune de la science. Tout le monde convient, en effet, qu'il n'existe encore aucun traité complet de pathologie médicale, aucun livre qui résume fidèlement les principaux travaux de médecine pratique publiés jusqu'à ce jour. En entreprenant un travail aussi long que difficile, j'ai bien moins consulté mes forces que le désir d'être utile, surtout à ceux qui commencent l'étude de la clinique.

Pénétré de l'importance de mon œuvre, j'y ai apporté tout le soin dont je suis capable. J'ai consulté, médité sur chaque sujet les auteurs les plus estimés, et j'ai cherché quand je l'ai pu à contrôler leurs opinions avec les résultats que j'ai obtenus par la fréquentation assidue des hôpitaux pendant une période de quatorze années. Mes travaux antérieurs ont déjà démontré tout le prix que j'attache à l'observation exacte. Je suis toujours au nombre de ceux qui croient qu'on ne peut arriver à quelques résultats positifs en médecine qu'à l'aide de la méthode analytique et numérique; c'est dire par là le cas que je fais des idées préconçues. Étranger à toute espèce de secte, indépendant par caractère comme par ma position, je n'ai eu à défendre ni à attaquer contre ma conscience aucun homme ni aucune doctrine; partout et toujours j'ai cherché la vérité avec l'impartialité de l'historien, et l'ai proclamée de quelque part qu'elle vînt. J'espère n'avoir été injuste envers personne. Si pourtant j'avais omis de citer quelques travaux importants, je prie mes confrères de ne voir là qu'un oubli et nullement un acte de malveillance ou de mauvais vouloir. Je n'ai gardé le silence que sur les écrits qui, composés en vue d'une idée théo-

rique, expriment plutôt les rêves de l'imagination que le langage de la nature.

J'ai distribué toutes les maladies en neuf classes, ce sont: 1° *les fièvres;* 2° *les maladies constituées par un vice de proportion du sang;* 3° *les inflammations;* 4° *les secrétions morbides;* 5° *les empoisonnements;* 6° *les lésions de nutrition;* 7° *les transformations organiques et les produits morbides accidentels;* 8° *les névroses;* 9° *les maladies spéciales à certains organes.* C'est après mûre réflexion et non sans avoir pris l'avis de personnes éclairées que je me suis décidé à suivre cet ordre; cependant j'ai hâte de dire que je ne le crois pas à l'abri de tout reproche. J'espère qu'on sera surtout indulgent pour cette partie de mon travail; car ses imperfections ne dépendent pas seulement de mon impuissance, mais elles proviennent aussi de l'état de la science. Personne peut-être aujourd'hui ne croit avec Gaubius qu'il soit possible d'établir une classification nosologique aussi régulière que celles qu'on admire en histoire naturelle, attendu que les maladies n'ont pas des caractères fixes et faciles à saisir comme les animaux et les plantes.

J'ai exclusivement traité dans ce livre de la pathologie spéciale, sans donner aucune de ces généralités qui appartiennent à la pathologie générale et à la séméiotique; qu'aurais-je dit, en effet, qui ne fût exprimé bien mieux que je n'aurais pu le dire, dans l'ouvrage si éminemment classique de M. le professeur Chomel, livre qui est sans contredit l'introduction la plus remarquable que nous ayons à l'étude de la médecine pratique?

Quoique par son titre mon ouvrage s'adresse particulièrement à ceux qui entrent dans la carrière médicale, j'ose espérer néanmoins qu'il pourra servir également aux praticiens. Si je suis parvenu à faire une œuvre utile aux uns et aux autres, mes efforts auront obtenu la plus douce récompense que j'ambitionne.

TRAITÉ

ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE

DE

PATHOLOGIE INTERNE.

PREMIÈRE CLASSE DE MALADIES.

DES FIÈVRES.

Les fièvres forment une classe importante de maladies aiguës que des auteurs systématiques ont cherché vainement à rayer du cadre nosologique pour les rejeter toutes dans les inflammations. Mais il n'est plus personne aujourd'hui qui ose défendre une pareille doctrine, car tout le monde reconnaît qu'il existe des maladies dans lesquelles la fièvre, qui forme le caractère prédominant, ne se lie à aucune altération locale; ou si quelquefois les solides sont atteints, leurs lésions sont postérieures au moment fébrile, incapables de l'expliquer, et sont, ainsi que la fièvre, l'effet, la conséquence d'une cause plus générale. Mais avant de donner la démonstration de cette vérité, et d'assigner aux fièvres leurs caractères distinctifs, nous devons faire connaître en quoi consiste la fièvre; énumérer les phénomènes qui la caractérisent, soit qu'à elle seule elle représente toute la maladie, soit, ce qui est beaucoup plus commun, qu'elle ne soit qu'un symptôme ou un accident de diverses altérations saisissables, et particulièrement des phlegmasies.

De la fièvre. — Les mots *fièvre* (1), *pyrexie* (2), ou *état fébrile*, servent à désigner un état morbide, caractérisé surtout par la chaleur

(1) *Fièvre*, *febris*, dérive du mot *fervere*, bouillir, ou de *fervor*, effervescence, parce qu'on supposait que dans la fièvre les humeurs étaient en mouvement à la manière des liquides qui entrent en ébullition. D'autres donnent le mot fièvre comme dérivé de *februare*, purger, purifier, parce que la fièvre était regardée par beaucoup de médecins comme une opération salutaire de la nature.

(2) *Pyrexie*, usité chez les Grecs pour désigner la fièvre, vient de πῦρ, πυρετὸς, *feu*, pour exprimer la chaleur, qui est en effet un des caractères prédominants de l'état fébrile. De là encore le nom de *pyrétologie*, qui est cette partie de la nosologie qui traite spécialement des fièvres.

contre nature de la peau, l'accélération du pouls, un état de malaise et des troubles divers de quelques autres fonctions.

L'augmentation de la chaleur du corps est le phénomène le plus constant de la fièvre, sans en être pourtant un indice certain. La chaleur fébrile est plus ou moins vive, les malades en ont ordinairement la conscience, la main du médecin la perçoit, et le thermomètre appliqué dans l'aisselle fait constater une élévation de température qui varie entre 1 et 5 degrés au-dessus de la température normale. Il n'y a pas toujours un rapport exact entre l'intensité de la chaleur et la sensation des malades; ceux-ci, en effet, accusent quelquefois une chaleur ardente, tandis que le thermomètre indique à peine une élévation d'un degré; d'autres fois, au contraire, les malades accusent un froid intense, tandis que le thermomètre s'élève au-dessus de la température normale : c'est ce que nous verrons notamment dans le stade de froid des fièvres intermittentes. La chaleur morbide, quoique générale, est souvent plus intense dans quelques points du corps; elle peut même, comme on le voit dans des cas rares de fièvres d'accès anomales (fièvres topiques), être limitée à quelques parties, tandis que le reste de la peau conserve sa température. La chaleur fébrile peut être fugace ou continue, elle peut diminuer et s'accroître, cesser et reparaître à des intervalles fixes ou irréguliers suivant la cause de la fièvre. La chaleur peut être primitive; mais plus souvent on voit le début de la fièvre marqué par une sensation de froid qui peut ensuite se reproduire plus ou moins souvent dans le courant de la maladie. Aussi variable que la chaleur, le froid n'est le plus souvent qu'une sensation des malades, car la main du médecin, appliquée sur la peau, perçoit le contraire; et si on met un thermomètre dans l'aisselle, on voit l'instrument monter d'un ou plusieurs degrés. Ce froid, qui marque si communément le début de la fièvre, ne consiste tantôt qu'en une simple sensation, sans aucune secousse ou agitation du corps, c'est le *refroidissement;* ailleurs c'est l'*horripilation* avec saillie des bulles des poils (chair de poule); enfin, à un degré plus élevé, le corps est agité d'un tremblement involontaire, il y a souvent claquement des dents : c'est le *frisson* proprement dit.

L'accélération du pouls est un caractère de la fièvre au moins aussi constant que l'élévation de la température; cependant, dans quelques cas de fièvres graves, le pouls peut être même plus lent qu'à l'état normal; mais ce sont des anomalies fort rares, tout-à-fait passagères, que les troubles de l'innervation expliquent jusqu'à un certain point, et qui ne diminuent point la valeur que doit avoir l'accélération du pouls dans le diagnostic de l'état fébrile.

Le degré de fréquence du pouls, qu'on ne peut apprécier exactement qu'avec la montre à secondes, varie beaucoup. Souvent il n'existe que

quelques pulsations de plus qu'à l'état ordinaire, d'autres fois leur nombre est doublé, triplé; le pouls peut même être tellement fréquent, qu'il devient absolument impossible de le compter. Mais, pour juger sainement de l'état de la circulation, le médecin doit bien connaître les variations que la fréquence du pouls présente aux différents âges de la vie. Ainsi, on ne doit pas oublier que, d'après les recherches de MM. Leuret et Mitivié, le pouls des vieillards est plus fréquent que celui des adultes, puisque chez les premiers on trouve pour moyenne 73 ou 74 pulsations à la minute, et 65 seulement chez les seconds. Mais, malheureusement, on est encore peu d'accord sur la fréquence normale du pouls chez les jeunes enfants ; ainsi, d'après M. Valleix, elle ne serait, terme moyen, que de 87 pulsations chez les enfants âgés de deux à vingt et un jours, tandis qu'à sept mois le pouls serait beaucoup plus fréquent (123 pul.) que quelques jours après la naissance, et qu'il irait ensuite en diminuant jusqu'à l'âge de six ans. Suivant M. Jacquemier, au contraire, la moyenne du pouls des nouveau-nés serait de 126 pulsations. Enfin, plus récemment, M. Trousseau a indiqué le nombre 137 comme exprimant la fréquence moyenne du pouls dans le premier mois de la vie, celui de 120 de six mois à un an, celui de 118 d'un an à vingt et un mois. Ces résultats viendraient donc confirmer ce qu'on disait autrefois, avant Billard et M. Valleix, de la grande fréquence du pouls des enfants nouveau-nés, que Floyer évaluait à 134, Sœmmering à 130, Haller à 140. Quoi qu'il en soit, et en attendant que des recherches nouvelles soient entreprises, hors des hospices, chez des enfants qui ne soient soumis à aucune condition fâcheuse, nous croyons néanmoins que si un pouls qui donne 116 battements chez le nouveau-né ne peut être considéré comme nécessairement fébrile, il devra néanmoins engager le médecin à explorer attentivement toutes les fonctions pour se convaincre en effet que cette fréquence ne se lie à aucun état morbide.

Tous les individus qui ont de la fièvre éprouvent encore un état de malaise, de la fatigue, de la courbature, de la céphalalgie ou de la pesanteur de tête; l'appétit est toujours diminué, et le plus souvent complétement aboli; la soif est ordinairement augmentée, la respiration souvent accélérée, enfin quelques secrétions, comme la secrétion urinaire, peuvent être modifiées.

La fièvre a, comme toute autre maladie, une période d'augment, d'état et de déclin. Elle a une marche très variable, suivant la nature de la pyrexie ou celle de la maladie dont elle constitue un des symptômes, et à laquelle elle est subordonnée. Sa durée varie depuis quelques heures ou un jour, comme dans la fièvre éphémère, jusqu'à plusieurs semaines, comme dans les fièvres continues, et même plusieurs mois, comme dans certaines fièvres hectiques.

La fièvre, quel qu'en soit d'ailleurs le point de départ, lorsqu'elle se

prolonge, peut devenir la cause de lésions plus ou moins profondes dans beaucoup de viscères. L'étendue et la multiplicité de ces lésions sont en rapport avec l'intensité et la durée du mouvement fébrile. Cette importante loi pathologique est due à M. Louis, qui, ayant examiné indistinctement tous les organes des sujets emportés par une maladie fébrile quelconque, a trouvé, par exemple, que la membrane muqueuse des voies digestives était ramollie dans la majorité des cas. Nous-même avons prouvé dans un autre ouvrage (1) que la fièvre était, avec la débilité, la cause la plus ordinaire des pneumonies qui surviennent si fréquemment dans le cours des maladies fébriles, et nous avons en outre reconnu toute l'exactitude des observations de M. Louis relativement à l'influence qu'un mouvement fébrile intense et plus ou moins prolongé exerce sur le développement des lésions secondaires, surtout vers la muqueuse gastro-intestinale, dont le ramollissement, du moins dans la grande majorité des cas, ne nous paraît pas être de nature inflammatoire. Beaucoup plus rarement on voit un mouvement fébrile aigu, excitant la force médicatrice de la nature, déterminer la guérison spontanée des maladies anciennes, qui avaient été jusqu'alors rebelles à tous les moyens de traitement. Cependant Boerhaave, Baglivi, Pujol, Dumas, etc., citent des cas d'engorgements chroniques, d'affections douloureuses, des névroses, des vésanies, etc., qui ont guéri à la suite d'un mouvement fébrile de courte durée.

Comme on le verra par la suite, l'état fébrile, indépendamment de toute autre circonstance et en ayant égard seulement à *sa durée* et à son *type*, peut être d'une grande utilité pour le diagnostic. Nous dirons, en effet, plus tard, que, dans ce climat et dans notre état sanitaire habituel, une fièvre que rien n'explique, et qui persiste au-delà du dixième jour, se lie presque toujours à l'altération des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques. Relativement au type, on peut établir en règle générale qu'un mouvement fébrile continu est, dans la grande majorité des cas, symptomatique de quelque phlegmasie, tandis que celui qui est intermittent est presque toujours essentiel, c'est-à-dire indépendant de toute altération matérielle saisissable.

Nous ne rappellerons point ici toutes les rêveries enfantées par les anciens médecins pour expliquer les causes de la fièvre. Ces causes sont inconnues dans un grand nombre de cas; mais le plus souvent on trouve la raison du mouvement fébrile dans l'existence d'une phlegmasie, dans l'exagération fonctionnelle de quelque organe, dans une altération du sang par diverses substances, etc. Cependant, on ignore

(1) *Traité pratique de la pneumonie*, aux différents âges et dans ses rapports avec les autres maladies aiguës et chroniques, pag. 171 et 77. Paris, 1841.

encore et on ignorera probablement toujours de quelle manière ces causes agissent pour exciter le mouvement fébrile. Nous ne pouvons, en un mot, savoir le lien qui unit la cause à l'effet ; toutes les explications qu'on a proposées sont ridicules ou d'une démonstration impossible, et ne doivent point, par conséquent, occuper les esprits sérieux.

Des fièvres. — Si l'on considère quelles sont les circonstances au milieu desquelles la fièvre se développe, on voit (et cette distinction a été faite dès la plus haute antiquité) que, dans la grande majorité des cas, le mouvement fébrile n'est qu'un symptôme, un état consécutif survenant à l'occasion d'altérations diverses, spécialement à la suite des phlegmasies. D'autres fois, au contraire, la fièvre, comme nous l'avons déjà dit, semble exister par elle-même ; on n'en trouve, en effet, l'explication dans aucune altération matérielle saisissable des solides ou des liquides. En un mot, si dans le premier cas la fièvre ne forme qu'un des éléments de la maladie, dans le second, au contraire, elle semble constituer la maladie tout entière. Ce n'est pas à dire pourtant qu'on ne voie souvent coexister avec ces fièvres, diverses altérations dans les solides et les liquides ; mais ces altérations sont presque toujours consécutives au mouvement fébrile, et ne sauraient, par conséquent, l'expliquer : voilà pourquoi la variole, la rougeole et la scarlatine sont des fièvres plutôt encore que des phlegmasies cutanées ; et l'affection typhoïde elle-même, nonobstant l'altération des plaques, le gonflement et le ramollissement des ganglions mésentériques, doit être encore regardée comme *une fièvre*, et non comme une entérite, car il est impossible de méconnaître ici l'influence d'une cause générale dont la nature et le siége nous échappent, mais que beaucoup de personnes, à l'exemple des anciens, et de Galien surtout, placent, non sans quelque fondement, dans les liquides.

Les maladies dans lesquelles l'état fébrile forme l'élément essentiel et le seul appréciable, les maladies fébriles qui ne reconnaissent aucune altération locale, primitive, essentiellement liée à elles, constituent pour nous la *classe des fièvres.* Leur nombre, jadis considérable, s'est restreint de plus en plus, au fur et à mesure qu'on a su distinguer les mouvements fébriles qui étaient *consécutifs* ou *symptomatiques*, de ceux qui étaient *primitifs* ou *essentiels.*

Ce fut sans contredit une grande erreur lorsque Broussais et son école, prétendant expliquer tous les états fébriles par des lésions déterminées de quelque organe, proposèrent de rayer les fièvres du cadre nosologique et en firent des affections symptomatiques. Cette doctrine, pour la défense de laquelle Broussais déploya un talent prodigieux, séduisit la plupart des esprits, qui furent entraînés sans

être convaincus : aussi vit-on, après quelques années, une réaction s'opérer en faveur des doctrines anciennes, et les médecins admettre de nouveau une classe de maladies fébriles sans altération locale constante et primitive. Pour eux comme pour les anciens, la fièvre, dans ces cas, était considérée comme *essentielle*. Ce mot *essentiel*, qui a suscité d'interminables querelles, ne doit pas signifier que la fièvre existe par elle-même, qu'elle ne constitue qu'une perversion ou une altération du principe vital; mais nous voulons exprimer par ce mot que la lésion quelconque qui existe certainement comme point de départ de la maladie, nous est encore inconnue dans sa nature et dans son siége. Le mot *essentiel* exprime donc, si l'on veut, notre ignorance ou une lacune de la science; mais il ne préjuge rien sur la cause qui produit et entretient la fièvre.

Les fièvres, telles que nous les comprenons ici, forment une classe importante de maladies remarquables par quelques phénomènes particuliers qui les différencient des autres groupes de maladies fébriles, et notamment des phlegmasies, avec lesquelles on les a longtemps confondues. Ainsi, les fièvres sont primitivement générales, comme le prouve l'impossibilité où l'on est de les rattacher à une lésion locale. Si dans plusieurs d'entre elles on trouve une lésion constante, celle-ci est presque toujours consécutive au mouvement fébrile, et ne peut expliquer, d'ailleurs, l'étendue, la gravité et la généralisation des symptômes. Les fièvres sont encore remarquables par la longueur des prodromes, par les causes qui les produisent, et qui sont pour la plupart la contagion ou l'infection. Enfin, dans ces derniers temps, MM. Andral et Gavarret ont trouvé dans l'analyse du sang des caractères tellement distinctifs, qu'ils consacrent d'une manière définitive la séparation vainement combattue des pyrexies et des phlegmasies. L'analyse chimique démontre, en effet, que dans les premières, en les supposant dégagées de toute complication phlegmasique, la fibrine n'augmente jamais; que souvent elle reste en quantité normale (3/1000 en moyenne), et que parfois elle diminue jusqu'à un point que l'on ne retrouve dans aucune autre maladie aiguë. Dans les phlegmasies, au contraire, nous verrons une augmentation constante et souvent considérable de la fibrine (voir *Inflammation*); de là la fréquence de l'état couenneux du sang, tandis que ce caractère manque dans les pyrexies, puisque dans ces maladies, supposées toujours sans complication phlegmasique, deux seuls cas peuvent avoir lieu, ou que la fibrine ait gardé sa proportion normale, ou qu'elle ait diminué (Andral).

La diminution de la fibrine, bien que fréquente dans les pyrexies, n'existant pas nécessairement dans aucune d'elles, il est inutile de dire qu'on ne saurait placer dans cette altération du sang le point de

départ de cette classe d'affections. Cette altération, ainsi que le croit M. Andral, n'est probablement qu'une lésion secondaire analogue à celles qu'on rencontre si communément dans les solides, et qui, comme ces dernières, peut devenir la cause de nouveaux accidents. C'est, en effet, par cette destruction de la fibrine que s'expliquent cette tendance aux hémorrhagies passives, et la facilité avec laquelle se produisent les congestions viscérales, qui sont deux ordres d'accidents qu'on rencontre fréquemment dans les pyrexies graves. Ajoutons en outre que cette diminution de proportion dans la fibrine coïncide constamment avec l'apparition de ces symptômes graves que le vitalisme attribuait à l'adynamie, le solidisme au relâchement de la fibre, l'humorisme à la putridité des humeurs (Andral). C'est dans ces cas que le sang retiré des veines pendant la vie se coagule lentement; son caillot large, sans vestiges de couenne, est mou; on le brise avec la plus grande facilité; souvent même il est diffluent et se divise à la moindre pression en une foule de grumeaux nageant dans un sérum roussâtre.

Division des fièvres. — Rien de plus arbitraire que les classifications des fièvres proposées par les pyrétologistes. Les causes véritables ou présumées de la maladie, son siége et sa nature, presque toujours hypothétiques; sa marche et sa durée, et la prédominance de tels ou tels symptômes ont été les circonstances principales qui ont servi à faire, dans l'étude des fièvres, des divisions nombreuses et la plupart sans aucune importance.

La considération du type des fièvres sert à établir une division très naturelle et très importante, et qu'on trouve exprimée dans les livres hippocratiques. Ainsi, le mouvement fébrile persiste-t-il sans interruption, la fièvre est dite *continue;* cesse-t-il pour reparaître à des intervalles réguliers, c'est alors la fièvre *intermittente;* si enfin, de forme continue, la fièvre présente des exacerbations périodiques, on la dit *remittente.* De tout temps les médecins ont distingué plusieurs espèces de fièvres continues, et ont fondé spécialement leurs divisions sur les caractères prédominants ou l'idée qu'ils se formaient sur les causes et la nature de la fièvre. De là sont venues les divisions des fièvres continues en adynamique et ataxique, en inflammatoire, bilieuse, muqueuse, putride, maligne, etc. Ces divisions arbitraires, dont Pinel, entre autres, surchargea la pyrétologie, ont fait faire un pas rétrograde à la science, et arrêté la tendance qu'avaient les esprits, depuis Chirac, à la fusion des fièvres continues. Pinel exerça un tel empire sur ses contemporains, que MM. Petit et Serres ayant, en 1813, décrit les lésions intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde, crurent avoir découvert une maladie nouvelle, essentiellement distincte des fièvres adynamique et ataxique de Pinel, auxquelles ils laissèrent une existence

séparée. Broussais, qui vint peu d'années après, poussé par un sentiment instinctif plutôt que par une conviction puisée dans l'observation exacte, essaya d'opérer la fusion des fièvres continues, et les localisa dans le tube digestif, ainsi que le prouve le nom de *gastro-entérite* qu'il leur imposa. Mais ce mot était lui-même une erreur, car il supposait une gastrite, qui existe rarement; d'ailleurs, sous cette dénomination, Broussais confondit plusieurs maladies différentes, sans saisir néanmoins les caractères distinctifs de la fièvre typhoïde. Tel était l'état de la science, lorsqu'en 1829 parurent les recherches de M. Louis, qui établit tout d'abord la fusion de toutes les fièvres continues graves de ce climat en une seule, la fièvre typhoïde. La démonstration de cette grande vérité est sans contredit une des plus belles conquêtes de la médecine contemporaine; elle a opéré une véritable révolution dans l'ancienne pyrétologie, puisqu'elle a fait voir que les fièvres continues graves, si différentes en apparence, considérées par chacun comme des maladies distinctes, étaient au fond et dans leur nature des maladies identiques, ne constituant qu'une seule affection, qui pouvait se montrer, suivant les circonstances, sous des formes variées (Chomel et Genest). Cependant, la fièvre typhoïde ne comprend que les formes graves des pyrexies anciennement admises, et, pour compléter la connaissance des fièvres continues de ce climat, il faut admettre encore d'autres espèces de pyrexies, qui sont les fièvres *éphémère* et *inflammatoire*. Mais dans quelques autres régions du globe, la fièvre typhoïde ne comprend plus toutes les espèces de pyrexies graves qu'on y observe; c'est ainsi que le *typhus fever d'Irlande*, la *fièvre jaune*, la *fièvre bilieuse* des climats chauds et la *peste* d'Orient, sont des fièvres continues spéciales, et distinctes de l'affection typhoïde. Enfin, il existe encore partout un genre de fièvres continues, remarquables par une marche déterminée, invariable, une éruption spéciale à la peau qui constitue leur lésion caractéristique, ce sont les *fièvres éruptives*. Toutes les espèces précédentes de fièvres sont des affections essentiellement aiguës; mais on ne saurait nier aussi qu'il existe un certain genre de fièvres à marche chronique, connue sous le nom de fièvre *hectique*, genre très restreint de nos jours, très rarement observé depuis qu'il est prouvé que la fièvre chronique est presque toujours symptomatique d'une lésion organique.

En n'admettant pour notre climat, indépendamment des fièvres éruptives qui sont à part, que trois espèces de fièvres continues, qui sont l'éphémère, l'inflammatoire et la typhoïde, je ne me dissimule pas qu'on rencontre très fréquemment dans la pratique des états fébriles qu'il serait absolument impossible de classer dans les espèces précédentes. Ces états fébriles, dans lesquels prédominent les troubles des organes digestifs qui caractérisent la forme muqueuse ou bilieuse de l'embarras

gastrique, offrent une physionomie spéciale : aussi j'avais d'abord songé à les étudier à part; et, à l'exemple des nosographes qui se sont succédé jusqu'à Pinel, j'avais voulu établir une fièvre *gastrique* ou *bilieuse* (hémitritée, tritæophie, épiale, asode, lipyrie, etc., des auteurs); mais en consultant les pyrétologistes les plus célèbres, et en y comprenant Pinel lui-même, j'ai pu me convaincre que rien n'était plus obscur et plus hypothétique que la doctrine des fièvres bilieuses. Ainsi, en lisant la relation que Stoll donne de cette fièvre, qu'il place au premier rang des fièvres annuelles, on trouve un assemblage des symptômes les plus disparates sans retrouver les traits d'une maladie bien dessinée. Stoll semblait le reconnaître lui-même en avouant qu'il a vu peu de maladies qui aient une physionomie aussi mobile : car elle change, dit-il, de caractère non seulement dans les diverses années, mais même dans la même constitution régnante. Mais cette apparente mobilité dépend de ce que les médecins anciens, qui ne jugeaient les maladies que par leurs formes extérieures, ont réuni dans un même groupe des affections très dissemblables. C'est ce qui explique pourquoi les auteurs modernes ont été à peu près unanimes pour rejeter l'existence des fièvres bilieuses ou gastriques, les uns rapportant cet état morbide à la gastrite, à l'hépatite, à la gastro-duodénite, d'autres voulant en faire une variété de la fièvre typhoïde. Mais l'opinion des premiers n'est justifiée ni par les symptômes, ni par la marche de la maladie, ni par les résultats thérapeutiques. Ceux qui ont fait de la fièvre bilieuse des auteurs une variété de la fièvre typhoïde ont émis une opinion trop exclusive, mais cependant très fondée. Il est, en effet, incontestable qu'il faut rattacher à la dothinentérie, à la lésion des follicules et des ganglions mésentériques, toutes ces maladies graves que les médecins ont vues régner en si grand nombre, surtout dans la dernière moitié du XVIIIe siècle, et qu'ils ont décrites comme des fièvres bilieuses. C'est ce dont il est facile de se convaincre, par exemple, en lisant la relation de Tissot sur l'épidémie de Lausanne, de 1755; celle de Mertens, sur l'épidémie de Moscow, en 1769; celle enfin dont Finke a été l'historien, et qui régna dans le Tecklembourg de 1776 à 1780. Mais la fièvre typhoïde ne peut rendre compte de tous les états fébriles avec prédominance de symptômes bilieux qu'on observe fréquemment dans ce pays; ou plutôt elle ne rend compte que des cas graves; mais elle ne saurait comprendre les cas légers, c'est-à-dire tous ceux qui, à l'aide d'un traitement convenable, cèdent après deux ou trois jours, et au plus tard dix jours. Cependant doit-on ranger ces cas au nombre des pyrexies essentielles, et ne doit-on pas les considérer plutôt comme des états fébriles symptomatiques, d'une souffrance de l'estomac ou des voies biliaires dont la nature est encore indéterminée? La chose me paraît incontestable, car d'une part ces troubles gastriques

existent fréquemment sans fièvre ; celle-ci, quand elle survient, n'est qu'un épiphénomène, un acte accessoire, et qui d'ailleurs est tellement sous la dépendance de l'état morbide des voies digestives, qu'il suffit de faire cesser celui-ci pour voir à l'instant le mouvement fébrile s'amender, et le plus souvent même disparaître aussitôt. Toutes ces considérations m'ont empêché d'admettre pour ce pays une fièvre gastrique ou bilieuse ; l'état morbide qui pourrait recevoir cette dénomination sera plus convenablement placé dans les maladies spéciales de l'estomac à l'article *embarras gastrique.*

En résumé, nous avons prouvé qu'il existe une classe de maladies qui doit recevoir le nom de *fièvres*, et dont nous distinguerons cinq genres différents, qui sont :

Premier genre. — La *fièvre continue* proprement dite, comprenant sept espèces différentes, qui sont la *fièvre éphémère*, la *fièvre inflammatoire*, la *fièvre typhoïde* et le *typhus d'Europe* réunis, les seules qu'on observe dans ce climat ; le *typhus fever* des Anglais, la *fièvre bilieuse* des climats chauds, la *fièvre jaune* et le *typhus d'Orient.*

Le *deuxième genre* comprend les fièvres éruptives, *variole*, *varioloïde* et *varicelle*, la *rougeole* et la *scarlatine*, maladies auxquelles nous croyons devoir adjoindre la *suette miliaire.*

Le *troisième genre* se compose des fièvres intermittentes *bénignes*, *pernicieuses* et *anomales.*

Dans le *quatrième genre* sont les fièvres *remittentes* et *pseudo-continues*, qu'on pourrait peut-être à la rigueur considérer comme une simple variété ou un sous-genre des intermittentes.

Dans le *cinquième genre* enfin se trouvent les fièvres *hectiques*, *lentes* ou *chroniques.*

PREMIER GENRE DE FIÈVRES.

FIÈVRES CONTINUES.

DE LA FIÈVRE ÉPHÉMÈRE.

On nomme *fièvre éphémère* un mouvement fébrile plus ou moins intense, qui se termine généralement, après vingt-quatre heures de durée, par quelque évacuation ou quelque mouvement critique.

Symptômes, marche. — La fièvre éphémère survient le plus souvent d'une manière brusque ; le début est quelquefois marqué par un frisson léger, bientôt suivi de chaleur ; la face est rouge, animée, mais son expression est naturelle ; il y a de la céphalalgie, du lumbago et des douleurs contusives dans les membres ; la peau est chaude, mais douce

au toucher, le pouls plus ou moins large et fréquent; la soif est vive, la langue blanche et large; il n'y a point d'appétit, pas de selles ni de coliques; l'urine est rare et rouge. L'exploration des cavités splanchniques et de la surface du corps ne fait découvrir nulle part de lésion capable d'expliquer le mouvement fébrile qu'on observe. Enfin il n'existe aucun symptôme grave. Cependant, chez quelques personnes irritables, et surtout chez les femmes et les enfants, on peut observer un peu de délire ou d'agitation pendant la période la plus aiguë de la maladie. En général, après six, douze ou dix-huit heures, on voit la fièvre diminuer d'intensité, puis cesser tout-à-fait après une durée de vingt-quatre heures; cependant il n'est pas rare qu'elle persiste au-delà de ce terme, et qu'elle ne se juge qu'au bout de deux ou trois jours. On lui donne alors le nom de *fièvre simple continue* (Rivière), ou *synoque non putride* (*fièvre éphémère prolongée*). Dans ces cas, on voit tantôt les accidents fébriles, parvenus en quelques heures à leur plus haut degré d'intensité, diminuer progressivement, d'autres fois s'accroître jusqu'au dernier jour. Dans ce dernier cas, on observe généralement le soir ou pendant la nuit un redoublement de la fièvre, de la céphalalgie et du malaise général.

Le retour à la santé se fait souvent sans qu'on observe aucun changement notable dans les sécrétions; cependant le plus ordinairement la diminution de la fièvre coïncide avec l'apparition d'une sueur plus ou moins considérable, et qui exhale quelquefois une odeur fétide; d'autres fois les malades rendent une urine briquetée, trouble, ou bien il survient deux ou trois selles de matières jaunes et très fétides; enfin, et c'est une des crises les plus fréquentes, une éruption de vésicules d'herpès se fait aux lèvres.

En général il n'y a pas ou à peine de convalescence; l'appétit renaît avec les forces dès que la fièvre est tombée; cependant il est quelques sujets chez lesquels la diminution de l'embonpoint et des forces n'est pas en rapport avec la maladie qu'ils viennent d'éprouver; souvent alors le rétablissement complet exige encore plusieurs jours de repos et de régime.

Il est des individus qui éprouvent chaque année plusieurs récidives de fièvre éphémère; mais cela n'a guère lieu que chez les jeunes gens, et généralement cette disposition diminue avec l'âge, et disparaît vers la quarantième année.

Diagnostic. — Il est souvent difficile de déterminer, quand la fièvre commence, si elle ne sera qu'éphémère ou si le malade éprouve un accès de fièvre intermittente. Cependant, si le frisson est léger ou manque, si la fièvre, au lieu de cesser après huit ou douze heures, comme cela a lieu le plus souvent pour les accès intermittents, se prolonge pendant dix-huit, vingt ou vingt-quatre heures; si la fièvre s'est allumée

sous l'influence d'une des causes que je vais bientôt énumérer, il sera probable que la maladie ne sera qu'une fièvre éphémère.

Pronostic. — Le pronostic ne peut présenter aucune gravité.

Causes. — La fièvre éphémère affecte spécialement les enfants et les jeunes gens; elle survient ordinairement à la suite de vives émotions, après des fatigues corporelles, ou bien elle succède à l'impression du froid, à des écarts de régime, et spécialement à des excès de liqueurs stimulantes. Chaque époque menstruelle réveille aussi chez quelques femmes un mouvement fébrile éphémère. L'établissement de la sécrétion du lait chez les nouvelles accouchées s'accompagne encore d'un appareil fébrile qui pourrait être regardé comme une fièvre éphémère. Ces différentes causes n'ont souvent pour effet que de produire une courbature, c'est-à-dire une indisposition caractérisée par un état de malaise général, par des lassitudes et un dérangement dans la plupart des fonctions, sans mouvement fébrile. La courbature peut être quelquefois le prodrome de la fièvre éphémère.

Traitement. — Le repos au lit, l'abstinence de tout aliment, l'usage de boissons délayantes ou tempérantes sont les seuls moyens qu'il suffit d'employer. S'il arrive que, pendant la convalescence, les malades restent faibles, si l'appétit ne revient pas, si les aliments déterminent de la pesanteur, si la langue est sale et le ventre météorisé, il conviendra de donner un éméto-cathartique ou un simple laxatif pour voir disparaître promptement ces accidents.

DE LA FIÈVRE INFLAMMATOIRE.

Synonymie. — Fièvre ardente (Quarin); — continente inflammatoire (Selle); — sanguine (Sennert); —septénaire (Plater); — irritative (Hufeland); — angéioténique (Pinel); — inflammatoire (Jos. Franck, Chomel, etc.)

On donne le nom de *fièvre inflammatoire* à toute fièvre continue caractérisée par la force et la fréquence du pouls, par l'injection et la turgescence des yeux, de la face et de toute la peau du corps, ne s'accompagnant d'aucune inflammation locale appréciable, et ayant quelque tendance à se juger par des sueurs copieuses ou par quelque hémorrhagie.

Nécroscopie. — Je viens de dire que la fièvre inflammatoire ne s'accompagnait d'aucune lésion appréciable dans nos organes. M. Bouillaud a cependant prétendu, après Jos. Franck, que cette pyrexie consistait essentiellement en une inflammation du cœur et des gros vaisseaux. Mais cette opinion n'a jamais été adoptée par personne, parce qu'elle ne s'appuyait que sur des faits mal interprétés. On avait en effet regardé comme étant de nature inflammatoire des rougeurs formées après la mort, et produites seulement par l'imbibition des tissus.

Symptômes. — La fièvre inflammatoire est souvent précédée pendant un ou plusieurs jours et quelquefois pendant une ou plusieurs semaines, par de la céphalalgie, des vertiges, des tintements d'oreilles, des éblouissements, de la somnolence, un état de torpeur, la perte d'appétit et tous les accidents qui accompagnent la pléthore.

Le début de la fièvre est quelquefois indiqué par un frisson qui peut être violent, mais dont la durée est courte. Une chaleur forte, mais douce et halitueuse, lui succède; le pouls, fréquent, est remarquable par sa dureté et par son ampleur; la face est animée; les yeux sont rouges et larmoyants; toute la peau offre une couleur rosée; les veines qui rampent au-dessous d'elle sont tendues et plus saillantes; tout le corps semble augmenté de volume. Cet état d'intumescence est surtout remarquable à la face, aux paupières et aux mains. Le malade est fatigué, accablé; ses mouvements sont difficiles; il se plaint de céphalalgie, de vertiges et de douleurs continues dans les membres et les lombes; il est assoupi ou tourmenté par un état d'insomnie complète; sa respiration est un peu accélérée; l'appétit est nul, la soif vive, la langue blanche, la bouche pâteuse; il y a de la constipation; les urines sont rares, très acides et foncées en couleur. Le sang qu'on retire par la phlébotomie se concrète en un caillot dense, le plus souvent dépourvu de couenne à sa surface. MM. Andral et Gavarret, ayant analysé d'après leur procédé le sang d'un individu atteint de fièvre inflammatoire, ont trouvé que la proportion de fibrine n'avait pas augmenté, tandis que le nombre des globules était devenu beaucoup plus considérable. Mais ce fait encore unique a besoin d'être vérifié par de nouvelles observations.

Marche, durée, terminaison. — La fièvre inflammatoire a une marche continue sans paroxysmes évidents; cependant, comme dans la plupart des autres maladies aiguës, on peut observer un peu d'exacerbation le soir et pendant la nuit. En général, l'intensité de la fièvre s'accroît pendant deux ou trois jours; puis, après être restée stationnaire pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, elle décroît peu à peu, et finit par cesser; enfin il y a des malades chez lesquels la fièvre est brusquement arrêtée dans sa marche ascendante par l'apparition de quelque crise, et spécialement par une hémorrhagie. Si le sujet est jeune, le flux sanguin se fait par le nez; chez les individus plus âgés, le sang est exhalé par les vaisseaux hémorrhoïdaux; enfin, chez la femme, l'effort hémorrhagique a lieu préférablement du côté des organes génitaux. La fièvre inflammatoire peut aussi se juger par des sueurs ou des selles copieuses, ou par des urines sédimenteuses; mais ces crises semblent un peu moins fréquentes ici que dans la fièvre éphémère. D'ailleurs la fièvre inflammatoire peut se terminer sans qu'on observe de phénomène critique; ce cas est peut-être même le plus commun.

Lorsque la fièvre inflammatoire est simple, sa durée est courte; elle se prolonge rarement au-delà de cinq à sept jours. Lorsque, au contraire, la fièvre continue au-delà de ce terme, on devra rechercher avec le plus grand soin si la maladie ne serait pas une fièvre typhoïde revêtant la forme inflammatoire, méprise qui a été souvent commise par les médecins des derniers siècles, et même par beaucoup de nos contemporains. Enfin, lorsqu'une fièvre inflammatoire se prolonge, il faut encore rechercher si le mouvement fébrile ne serait pas entretenu par une phlegmasie latente développée consécutivement; car il ne faut jamais oublier que la fièvre est par elle-même la cause d'une foule d'altérations. Un mouvement fébrile peut naître et persister plusieurs jours, indépendamment de tout travail inflammatoire local; mais pour peu qu'il se prolonge, on verra naître diverses phlegmasies, suivant les prédispositions organiques des sujets. On voit donc de quelle importance il est d'explorer tous les jours les principaux organes. C'est, en effet, dans ces phlegmasies consécutives que réside tout le danger de la maladie; car la fièvre inflammatoire, dénuée de toute complication, n'est jamais suivie d'une terminaison fâcheuse.

Diagnostic. — Pour établir le diagnostic différentiel, on recherchera si le mouvement fébrile qu'on observe est essentiel, ou s'il se rattache à quelque phlegmasie locale. On distinguera la fièvre inflammatoire de celle qui précède l'éruption de la variole, de la rougeole et de la scarlatine, en ce que dans les prodromes de ces exanthèmes, indépendamment de la fièvre, il est quelques autres signes spéciaux que nous ferons connaître plus tard.

Pronostic. — Le pronostic est toujours bénin, hormis les cas de complication.

Causes. — La fièvre inflammatoire attaque de préférence les hommes jeunes, vigoureux, d'un tempérament sanguin, qui usent d'une nourriture succulente, et qui vivent dans la mollesse et l'inaction; en un mot, elle a à peu près les mêmes causes que la pléthore. Elle débute souvent à l'occasion d'un excès de table, ou d'une fatigue ou par la suppression brusque d'une hémorrhagie constitutionnelle. On l'a vue quelquefois régner épidémiquement, surtout dans les lieux secs et élevés, et pendant la saison du printemps.

Traitement. — La plupart des fièvres inflammatoires simples cèdent au repos, à la diète et à l'usage des boissons délayantes; cependant il est généralement utile et souvent indispensable de tirer du sang. On préférera la phlébotomie à l'application de sangsues, à moins qu'on ne veuille rappeler une hémorrhagie supprimée. Il est quelques uns des symptômes qui réclament des moyens particuliers : ainsi on calmera souvent la céphalalgie par la position demi-assise, en faisant respirer au malade un air frais, en lui appliquant sur le front des compresses trem-

pées dans l'oxycrat froid; enfin on donnera dans le même but un ou deux pédiluves sinapisés. La constipation cède en général à l'usage de lavements simples; s'ils étaient insuffisants, on aurait recours à l'administration de quelque laxatif doux. Si la fièvre inflammatoire était consécutive à la suppression d'une hémorrhagie constitutionnelle, on tâcherait de la rappeler, ou on y suppléerait par une émission sanguine. Si enfin la fièvre survient chez une jeune fille non encore menstruée, et chez laquelle pourtant la présence de douleurs dans les lombes, les aines et l'hypogastre annonce l'existence d'un travail hémorrhagique, on favorisera celui-ci par l'application de sangsues à la vulve, par des lavements d'armoise chauds, par des fumigations vers les parties sexuelles, ou en recouvrant celles-ci de cataplasmes chauds.

D'après l'indication que j'ai faite des causes qui produisent la fièvre inflammatoire, il est inutile que je dise ici quel doit être le traitement prophylactique.

Nature. — On a beaucoup discuté sur la nature de la fièvre inflammatoire; mais cette nature nous est inconnue. Nous avons prouvé contre l'école physiologique que la maladie ne se rattachait à aucune phlegmasie locale. En trouverait-on la raison dans quelque condition du sang, comme Boerhaave, Baumes et beaucoup d'autres l'ont supposé? C'est ce que nous ignorons. D'ailleurs, les expériences de MM. Andral et Gavarret sembleraient favorables à cette manière de voir.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Synonymie. — Phrénitis (Grecs et Latins). Fièvre pestilente, maligne, putride, bilieuse, muqueuse ou grave (de la plupart des auteurs); — lente, nerveuse (Willis et Huxham); — adynamique et ataxique (Pinel). Entéro-mésentérique (Petit et Serres). Dothinenterie (Bretonneau). Gastro-entérite (Broussais). Fièvre ou affection typhoïde (Louis, Chomel, Andral). Entérite folliculeuse (Andral, Cruveilhier, Forget). Entéro-mésentérite typhoïde (Bouillaud). Entérite typhoémique et typhoémie entérique (Piorry).

Définition. — La fièvre ou affection typhoïde est une maladie aiguë, anatomiquement caractérisée par le gonflement et une altération spéciale des follicules intestinaux, ainsi que par l'augmentation de volume, l'injection, le ramollissement, et parfois même la suppuration des ganglions mésentériques correspondants. Ces lésions s'accompagnent généralement pendant la vie d'une fièvre intense, de dévoiement, de météorisme, de sensibilité et de gargouillement dans la fosse iliaque droite, de délire, d'un état de stupeur et de prostration, et de l'éruption sur la peau de taches rosées, lenticulaires, et de sudamina.

Parmi tous les noms qui ont été donnés à l'affection que nous allons décrire, nous préférons ceux de fièvre ou d'affection typhoïde, comme ayant l'avantage de ne rien préjuger sur sa nature.

Historique et bibliographie. — Nul doute que la fièvre typhoïde n'ait

existé de tout temps; c'est ce dont on peut se convaincre en lisant les nombreuses descriptions que les auteurs les plus anciens nous ont laissées sur les fièvres graves. Etrangers aux recherches d'anatomie pathologique, ne s'en rapportant qu'à l'état symptomatique, c'est-à-dire aux phénomènes extérieurs, pour caractériser les maladies, ils ont souvent confondu sous la même dénomination des affections essentiellement distinctes quant à leur siége et à leur nature; d'autres fois, d'une même maladie, ils ont créé autant de maladies spéciales que les caractères extérieurs pouvaient revêtir de physionomies diverses. C'est ce qu'on remarque en particulier pour la fièvre typhoïde, qui était appelée inflammatoire, maligne ou putride par les uns, bilieuse ou muqueuse par les autres, suivant la prédominance de tel ou tel appareil de symptômes, et sans que la lésion locale fût différente. Mais les médecins dont je parle n'avaient pas su la découvrir. Si de temps en temps quelques uns d'entre eux, tels que Baillou et Baglivi, ont essayé timidement de localiser les fièvres essentielles; si plusieurs autres ont trouvé des altérations de nature inflammatoire dans les intestins des sujets qui succombaient à ces maladies, il ne faudrait pas s'autoriser de ces vagues indications pour faire remonter la connaissance des lésions propres à la fièvre typhoïde, je ne dirai pas aux temps les plus reculés, mais même à une époque assez voisine de nous. Toutefois, Chirac avait positivement annoncé, il y a déjà plus d'un siècle, que dans toutes les fièvres malignes, la muqueuse gastro-intestinale était, ainsi que le sang, profondement altérée et il donne ces altérations comme le caractère anatomique de la maladie. Cependant Chirac ne fit point de prosélytes, parce que, bien qu'ayant énoncé des propositions exactes, il n'avait pourtant pas su les démontrer et convaincre. Il en a été de même de Baglivi, de Spigel, de Stoll et de beaucoup d'autres, qui tous observèrent des lésions intestinales. Ces renseignements étaient d'ailleurs tellement incomplets qu'ils passèrent, pour la plupart, tout-à-fait inaperçus. Le livre de Rœderer et de Wagler, qui ne mérite pas sa réputation, et dans lequel sont mentionnées quelques unes des lésions intestinales de la fièvre typhoïde, ne modifia pas non plus les idées généralement reçues, car les auteurs crurent voir une maladie spéciale distincte des autres fièvres continues. Il en fut de même de MM. Petit et Serres, qui, en 1813, tracèrent, pour la première fois, avec exactitude, le caractère anatomique de la maladie qui, sous le nom de fièvre *entéro-mésentérique*, prit place dans le cadre nosologique, sans rien changer aux doctrines pyrétologiques de l'école de Pinel. Sous ce rapport, Petit et Serres furent bien inférieurs à Prost, qui, neuf ans auparavant, avait proclamé la constance des altérations intestinales chez tous les sujets succombant aux fièvres graves (muqueuses, gastriques, adynamiques, ataxiques) (1); mais cette idée

(1) *La médecine éclairée par l'observation et par l'ouverture des corps*, Paris, 1804.

lumineuse ne fit aucune sensation, et passa tout-à-fait inaperçue. Heureusement en 1829, M. Louis retrouva et agrandit la même proposition, et dans l'immortel ouvrage qu'il publia à cette époque, il retraça non seulement avec une exactitude que nul n'a surpassée les caractères anatomiques de la fièvre typhoïde, mais il eut surtout le mérite de réduire à cette unité presque toute la pyrétologie, en démontrant l'identité de presque toutes les formes de fièvres essentielles admises jusqu'à lui, et en prouvant que ces fièvres avaient dans l'intestin une lésion matérielle, constante. Les résultats de M. Louis ont été vérifiés depuis, dans tous les pays, par un nombre immense de médecins, et acceptés partout comme des vérités incontestables; car M. Louis les avait établis en s'aidant de cette méthode rigoureuse d'observation, dite méthode analytique et numérique, que ce médecin a pour ainsi dire créée, et dont les recherches sur la fièvre typhoïde peuvent être considérées comme étant la plus belle application.

La fièvre typhoïde a été l'objet d'une foule de travaux importants. J'ai déjà cité les ouvrages de Petit et Serres, et celui de M. Louis; je dois mentionner aussi d'une manière spéciale les recherches de M. Andral, dans le tome Ier de sa *Clinique;* celles de M. Bretonneau, publiées par plusieurs de ses élèves et notamment par M. Trousseau, qui donnèrent une description exacte des lésions anatomiques et les suivirent dans leurs phases successives. Chacun connaît l'ouvrage si éminemment classique de MM. Chomel et Genest, où l'histoire générale de la fièvre typhoïde est traitée d'une manière si parfaite, et dans lequel aussi les idées de M. Louis se trouvent presque toutes vérifiées. Un autre ouvrage important est celui du professeur Forget de Strasbourg, qui a enrichi notre littérature d'un excellent livre, savamment et judicieusement écrit. Nous mentionnerons encore les recherches thérapeutiques de MM. Delarroque, Beau et Piedagnel. Enfin, la fièvre typhoïde, étudiée d'abord exclusivement chez l'adulte, l'a été aussi depuis quelques années chez les enfants, ce qui nous a valu plusieurs travaux, dont les plus importants sont : celui de M. Taupin, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (années 1839 et 1840), et ceux que MM. Barrier, Rilliet et Barthez ont insérés dans leurs traités des maladies de l'enfance.

Anatomie pathologique. — Parmi les lésions qu'on découvre à l'ouverture des cadavres des sujets morts de fièvre typhoïde, il en est quelques unes qui existent dans tous les cas, et qui, en raison de cette constance, forment le caractère anatomique de la maladie. Il en est d'autres, au contraire, qui ne sont pas constantes; elles ne sont rencontrées que chez un certain nombre de sujets, et sont par conséquent moins nécessairement liées à la fièvre typhoïde.

Les lésions anatomiques qui sont constantes occupent les follicules intestinaux et les ganglions mésentériques.

1° *Lésions des follicules intestinaux.* — Les altérations des follicules intestinaux varient suivant l'époque à laquelle les malades ont succombé. Il est impossible de déterminer le moment précis où l'altération des follicules commence, car il est rare de voir les malades périr avant la fin du premier septenaire. J'ai pourtant examiné avec M. Chomel le cadavre d'un individu mort à la fin du cinquième jour de la maladie. Or, voici quel est l'état de l'intestin chez les sujets qui sont emportés du cinquième au huitième jour, à dater du début des premiers accidents. A l'extérieur de l'intestin, on aperçoit souvent des plaques ou des points rouges, bleus, noirs, parfois recouverts de fausses membranes, et correspondant aux follicules malades. Si on presse l'intestin entre deux doigts, on sent dans le même point des duretés et des inégalités. Si on examine la face interne de l'organe après l'avoir incisé le long de l'insertion du mésentère, on aperçoit deux ordres de tumeurs formées par le développement des follicules; les unes, coniques et arrondies, ressemblent par leur forme et leur volume à de grosses pustules; elles sont disséminées dans tout le pourtour de l'intestin et occupent les follicules de Brunner. Les autres, beaucoup plus volumineuses que les précédentes, siègent dans les glandes de Peyer; elles n'existent que sur le bord convexe de l'intestin, à l'opposite de l'insertion du mésentère; elles ont de 3 à 9 centimètres de long sur 2 ou 3 de large; parfois, exactement arrondies, elles font dans l'intestin une saillie de 1 à 9 millimètres. Ces plaques sont tantôt pâles, d'un blanc mat ou rosé, et ont généralement une coloration qui diffère de celle de la muqueuse voisine. L'altération peut exister dans l'espace de 7 à 26 décimètres (Louis); elle se présente sous deux formes distinctes et faciles à reconnaître.

Première forme, ou plaques molles de M. Louis. — Elles forment peu de saillie, offrent peu de résistance au toucher; leur surface est presque lisse ou bien elle est grenue et comme mamelonée. Si on les incise, on reconnaît que la muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent sont humides, injectés et épaissis, et que c'est à ce double épaississement qu'il faut rapporter la saillie de la plaque. Dans quelques cas, les tumeurs dont je parle ont l'aspect d'un réseau à mailles régulières. Leur tissu ressemble assez au parenchyme de la cerise ou de la prune, et la membrane muqueuse qui les revêt est plus ou moins ramollie et se détache par le plus léger frottement. M. Chomel a donné à ces plaques le nom de *plaques réticulées;* elles ne constituent qu'une variété des plaques molles.

Deuxième forme. Plaques gaufrées, ou plaques dures de M. Louis. — Ces plaques forment une saillie plus considérable que les précédentes; elles sont dures et offrent au toucher une *résistance élastique.* Si on les incise dans toute leur épaisseur, on reconnaît que le tissu cellulaire sous-muqueux, au lieu d'être simplement enflammé ou hypertrophié comme

dans la première variété, se trouve ici transformé dans toute ou presque toute la longueur de la plaque en un matière homogène, d'un blanc jaunâtre, ferme, cassante, friable, lisse, brillante à la coupe, et ayant de 4 à 7 millimètres d'épaisseur. La muqueuse offre les mêmes altérations que dans les plaques molles. Les plaques dures se rencontrent sur le tiers à peu près des individus qui succombent et constituent une lésion plus grave que les plaques molles. Les follicules de Brunner présentent les mêmes altérations que les glandes de Peyer ; seulement, dans les premiers, la matière jaune élastique, lorsqu'elle existe, a la forme d'un cône. Il arrive fréquemment qu'on rencontre des plaques elliptiques formant peu de relief, sans dureté aucune, mais remarquables à leur surface par un piqueté bleu tout-à-fait comparable à celui d'une *barbe récemment faite*. Ce pointillé noir est regardé par quelques auteurs, et en particulier par le savant professeur Forget, comme un état pathologique, comme une forme de l'altération typhoïde ; mais des faits nombreux nous ont appris que cette disposition ne constituait qu'une variété anatomique des plaques, et qu'on l'observait indistinctement chez les sujets emportés par toute espèce de maladie aiguë ou chronique.

Ulcérations.— C'est du neuvième au douzième jour qu'on commence à observer l'ulcération des follicules malades. Cette altération se forme de deux manières différentes : tantôt elle commence par la muqueuse et s'étend consécutivement à la plaque, qu'elle détruit peu à peu ; d'autres fois, au contraire, un travail de ramollissement ou de gangrène frappe d'abord la matière jaune de la plaque, et s'étend *consécutivement* à la membrane muqueuse qui se détache par lambeaux avec la substance de la plaque. Dans quelques cas, la mortification des follicules est tellement prompte, le travail d'élimination est tellement rapide, que la membrane muqueuse qui les recouvre reste intacte tantôt en totalité, le plus souvent partiellement, et forme alors des brides qui retiennent plus ou moins longtemps la matière jaune ou les escarres prêtes à se détacher. Les deux modes d'ulcération que je viens d'indiquer peuvent se rencontrer sur le même individu, et sont communs aux deux ordres de follicules.

Les ulcérations qui succèdent à la destruction des follicules varient beaucoup entre elles. Celles qui siégent sur les plaques de Peyer sont ovalaires ou elliptiques, et peuvent avoir de 7 à 9 centimètres de longueur; celles, au contraire, qui sont formées aux dépens des follicules isolés sont beaucoup plus petites ; elles sont circulaires, et semblent souvent avoir été produites par un emporte-pièce. En général elles représentent exactement la forme des follicules auxquels elles succèdent ; quelquefois pourtant elles en diffèrent, ce qui fait supposer que le travail ulcératif s'est propagé au-delà des limites du follicule. Il est des ulcérations dont les bords sont durs, épais et saillants ; dans d'autres, ils sont extrême-

ment amincis ; la muqueuse est tantôt décollée dans tout leur pourtour et à une distance de 5 ou 7 millimètres; tantôt, au contraire, les bords sont adhérents. Le fond de l'ulcère, rouge, brunâtre ou d'un gris ardoisé, est plus ou moins granuleux ou lisse. On y distingue souvent la tunique musculeuse hypertrophiée ; d'autres fois, celle-ci ayant été détruite, le fond de l'ulcère n'est formé que par le péritoine ; enfin sur un douzième environ des sujets qui succombent à la fièvre typhoïde, on trouve le péritoine lui-même perforé, soit par l'extension à cette membrane du travail ulcératif, soit par suite de la formation et de la chute d'une escarre. Dans l'un et l'autre cas, on trouve des matières stercorales épanchées dans le ventre, et l'on constate les altérations caractéristiques d'une péritonite partielle ou générale. Ces perforations intestinales correspondent en général à une petite ulcération ; elles sont simples ou multiples; elles ont rarement plus de 7 millimètres de diamètre, siègent communément dans les 3 ou 4 derniers décimètres de l'intestin grêle, se forment presque toujours du douzième au quarantième jour de la maladie, et se rencontrent peut-être plus souvent dans les cas où les plaques altérées sont peu nombreuses, comme si l'affection gagnait alors en profondeur ce qu'elle perd en étendue.

Le nombre des plaques malades varie de 1 à 30 ou 40. En général, on trouve chez le même sujet la plupart des altérations que je viens de décrire. L'examen cadavérique a démontré que les plaques les plus voisines de la valvule iléo-cœcale sont celles qui sont les premières affectées : aussi est-ce dans ces points qu'on rencontre les altérations les plus graves et les plus avancées ; celles-ci, au contraire, diminuent progressivement du cœcum vers le duodénum. L'altération des follicules isolés n'existe en général que dans les deux derniers pieds de l'intestin grêle. La membrane muqueuse située entre les follicules malades, parfois intacte, est plus ou moins ramollie et injectée dans les quatre cinquièmes des cas. Chez les sujets qui sont emportés après le vingtième jour, il est commun de lui trouver une coloration simplement grise ou ardoisée.

Lorsqu'on examine l'intestin grêle des sujets qui ont succombé après six semaines ou deux mois de maladie, on trouve les bords des ulcérations affaissés, amincis; le fond est gris ardoisé, déprimé, brillant, poli, revêtu d'une pellicule mince, lisse, *sans villosités*, et d'aspect séreux : c'est une véritable cicatrice. Mais au bout de quelques mois, ce tissu de nouvelle formation a subi tout-à-fait la transformation muqueuse, et ne peut plus être distingué des parties voisines. Les plaques qui n'ont point été ulcérées se sont affaissées ; elles sont d'un gris bleuâtre et assez consistantes, parfois froncées et comme ratatinées. Suivant M. Chomel, les plaques dures seraient seules susceptibles de résolution. Nous croyons aussi que les plaques molles peuvent présenter ce mode de terminaison

encore plus fréquemment, à l'exception pourtant de la variété que nous avons appelée *réticulée*, et dans laquelle il semble déjà y avoir une destruction de tissu.

Les matières contenues dans l'intestin grêle sont presque toujours fluides, jaunâtres, parfois mêlées de sang. On peut y trouver aussi divers entozoaires, tels que des lombrics et des tricocéphales. Ces derniers, qui habitent le cœcum, se sont rencontrés chez tous ceux qui succombèrent dans l'épidémie de Gœttingue. M. Chomel croit qu'on les trouve également assez fréquemment à Paris.

2° *Ganglions mésentériques.* — Les ganglions mésentériques sont toujours malades dans la fièvre typhoïde. L'affection ganglionnaire varie suivant l'époque à laquelle les malades ont succombé : ainsi, du cinquième au quinzième jour, on trouve les ganglions plus volumineux (gros comme une aveline) ; ils sont d'un rose tendre ou d'un rouge foncé, ramollis et friables. Du quinzième au vingtième jour, cette altération est encore plus marquée, et il n'est pas rare alors, lorsqu'on les incise, de trouver des points jaunâtres de suppuration, disséminés dans leur tissu ; mais il n'arrive presque jamais de voir le pus réuni en foyer ; M. Louis n'en cite qu'un seul cas. Du vingtième au trentième jour, on voit en général le volume des ganglions diminuer ; ils prennent une teinte brunâtre ou violacée. Après le trentième jour, ils deviennent grisâtres, ardoisés, et acquièrent plus de consistance. L'altération des ganglions est en rapport avec celle de l'intestin : c'est ce qui explique pourquoi les ganglions les plus malades sont ceux qui sont les plus voisins du cœcum.

Les ganglions mésocoliques sont eux-mêmes souvent altérés ; mais ils ne le sont pas *nécessairement*, comme les ganglions mésentériques. Les premiers, en effet, n'ont été trouvés malades que chez les trois quarts des sujets environ, et dans tous les cas leur altération de volume, de consistance et de couleur était beaucoup moindre que dans les glandes du mésentère.

Les lésions qui nous restent à étudier maintenant sont toutes celles qui ne se rencontrent que dans un certain nombre de cas, elles n'ont point par conséquent la valeur des précédentes.

1° *Organes digestifs.* — Le pharynx et l'œsophage n'offrent rien autre à noter que quelques fausses membranes ou une infiltration purulente du tissu sous-muqueux, ainsi que quelques petites ulcérations superficielles peu nombreuses qu'on rencontre dans le sixième des cas, à la partie inférieure de ces deux conduits (Louis). Ces ulcérations sont plus rares dans l'estomac (un douzième), dont la membrane muqueuse est plus ou moins ramollie et amincie chez la cinquième partie des sujets (Louis). Chez la plupart des individus emportés par la fièvre typhoïde, on rencontre aussi quelque lésion dans le gros intestin : c'est ainsi que dans les

trois quarts des cas M. Louis note un ramollissement de la muqueuse, du cœcum et du colon, avec ou sans injection et épaississement. Sur un cinquième des cadavres existent encore des cryptes isolés, lenticulaires, les uns aplatis et blanchâtres, les autres rouges, ulcérés. Les ulcérations du gros intestin ne siègent pas exclusivement sur les follicules; mais un grand nombre existent dans l'intervalle de ceux-ci et sont uniquement formées par l'érosion de la muqueuse. Ces ulcères sont rarement cicatrisés, même quand les malades succombent à une époque éloignée; ce qui prouve qu'ils se développent longtemps après ceux de l'intestin grêle. Pour terminer, nous dirons que MM. Chomel et Genest ont parfois rencontré une infiltration sanguine dans le tissu cellulaire sous-muqueux chez des sujets qui avaient eu une hémorrhagie intestinale dans les derniers jours de la vie. Je n'ai jamais constaté cette altération dans des cas semblables.

2° *Rate.* — La rate est altérée dans presque tous les cas. Chez les sujets emportés du cinquième au vingtième ou vingt-cinquième jour, on a trouvé cet organe doublé, triplé ou quadruplé de volume. En même temps, son tissu, couleur lie de vin foncé, est ramolli, et parfois même il suffit de la plus légère pression pour le réduire en bouillie. Nous rencontrerons ces lésions de la rate dans quelques autres maladies fébriles, mais si on en excepte peut-être les fièvres pernicieuses, on ne les retrouve nulle part ni aussi fréquemment ni aussi marquées.

3° *Foie.* — Le foie n'offre rien à noter, si ce n'est un certain degré de ramollissement chez la moitié des sujets. La bile est généralement très fluide.

4° Les *organes génito-urinaires* sont généralement sains, à part un peu de ramollissement du tissu rénal.

5° *Organes respiratoires.* — Les poumons sont plus ou moins altérés dans la grande majorité des cas (ou les deux tiers environ); ils sont parfois seulement engoués; ou bien on y remarque les lésions caractéristiques de la pneumonie au premier ou au deuxième degré. L'induration envahit tantôt un ou plusieurs lobes uniformément; d'autres fois elle est disséminée sous forme de noyaux (pneumonie lobulaire); mais la lésion la plus commune est celle que nous étudierons plus tard (article *Pneumonie*) sous le nom de *splénisation*, lésion que quelques personnes ont à tort considérée comme *spéciale* à la fièvre typhoïde; car on la rencontre presque dans la même proportion chez les sujets emportés par les autres maladies aiguës. Indépendamment des lésions pulmonaires, M. Louis a rencontré quelquefois des ulcérations à l'épiglotte et au larynx; mais elles y sont moins fréquentes que celles du pharynx et de l'œsophage.

6° *Organes circulatoires.* — Chez beaucoup de sujets (au moins la moitié), on trouve le cœur plus ou moins ramolli et décoloré, surtout

lorsque la mort a eu lieu à une époque peu éloignée du début. Ces altérations d'ailleurs ne se remarquent pas dans les muscles de la vie de relation, qui conservent leur couleur et leur consistance normales. Si la surface interne du cœur et des gros vaisseaux est souvent colorée en rouge foncé, il faut en rapporter la cause non pas à l'inflammation, mais à une simple imbibition cadavérique qui est d'autant plus facile ici que le sang est dans un grand nombre de cas tout-à-fait fluide, ou en caillots noirâtres et mous.

7° *Centres nerveux.* — Les centres nerveux sont rarement affectés d'une manière profonde. On ne note le plus souvent qu'un peu de piqueté et une diminution de consistance du cerveau; enfin, il y a communément une infiltration sous-arachnoïdienne dont l'abondance est en rapport avec la longueur de l'agonie (Louis).

État du sang pendant la vie. — Les médecins humoristes admettaient pour la plupart que le sang était profondément altéré dans la fièvre typhoïde; mais les recherches des auteurs modernes, celles surtout, si nombreuses et si exactes, qui ont été faites par MM. Andral, Louis, Chomel, Genest et Forget, ont prouvé depuis longtemps que nous ne connaissons encore aucune altération du sang qui soit spéciale à la fièvre typhoïde. Il est vrai que dans cette dernière affection le liquide n'offre pas, en général, l'aspect qu'il présente dans quelques autres maladies, comme la pneumonie, et surtout le rhumatisme. Dans la fièvre typhoïde, en effet, le caillot est moins dense, la couenne, quand elle se forme, est moins épaisse et moins consistante, et se lie peut-être toujours à une complication phlegmasique, comme tendent à le démontrer les recherches de MM. Andral et Gavarret. Mais l'absence des caractères franchement inflammatoires ne présente rien de caractéristique, et qu'on ne retrouve en même temps au même degré et aussi fréquemment dans plusieurs autres états morbides. Nous dirons même que la diffluence du sang, que son état caillebotté ou sirupeux, que M. Bouillaud (le seul peut-être aujourd'hui) regarde encore comme *caractéristique de la fièvre typhoïde, et ne pouvant être observé dans aucune autre maladie*, a été, au contraire, rencontré par tout le monde dans la plupart des affections que l'on traite par la saignée, et cela presque aussi souvent que dans la fièvre typhoïde elle-même. Ce que je dis ici s'applique à toutes les périodes de la maladie : ainsi, il n'est pas vrai de dire que dans le troisième degré le sang est toujours diffluent, puisque nous avons vu qu'il n'était pas tel sur tous les cadavres; d'ailleurs, M. Forget, qui, comme M. Bouillaud, saigne à toutes les périodes de la maladie, a trouvé que sur vingt-huit saignées faites dans le troisième septénaire et au-delà, le sang n'avait été ramolli que dans un septième des cas. Non seulement l'altération *appréciable* du sang dans les différentes

périodes de la fièvre typhoïde n'est pas le fait le plus général; non seulement, lorsque cette altération existe, elle n'a rien de spécial ou de caractéristique, mais encore elle n'est pas nécessairement proportionnée à la gravité des accidents, et n'est pas toujours en rapport avec les périodes de la maladie.

Je ne prétends pas cependant que le sang n'est point altéré dans la fièvre typhoïde, mais je veux seulement dire que cette altération doit être recherchée ailleurs que dans les simples apparences extérieures; or, même en soumettant ce liquide aux expériences chimiques, ainsi que l'ont fait récemment MM. Andral et Gavarret (1), on ne trouve autre chose que l'altération qui existe dans toutes les autres pyrexies, c'est-à-dire la conservation de la fibrine dans les proportions normales, ou la diminution de ce principe.

Cette diminution de la fibrine du sang coïncide toujours, comme nous l'avons déjà dit précédemment (page 7), avec l'apparition de symptômes graves. C'est alors aussi que le sang retiré de la veine se présente dans cet état de diffluence dont nous avons parlé. Le caillot est large, et son volume est en rapport inverse avec sa densité, ce qui tient à ce qu'une portion du sérum n'a pu être exprimée; cela dépend aussi de la grande proportion des globules qu'il contient, surtout dans les premiers temps de la maladie; car, ainsi que l'a vu M. Andral, ceux-ci ne diminuent pas comme la fibrine; loin de là, ils peuvent être plus abondants. Cette surabondance des globules n'est pas un caractère de la maladie, mais dépend de ce que la fièvre typhoïde atteint très fréquemment des individus qui, par leur âge et leur constitution, sont dans un état de pléthore plus ou moins considérable, état qui, comme nous le verrons plus tard, est surtout caractérisé par l'augmentation des globules du sang. Lorsque la fièvre typhoïde se complique de quelque phlegmasie grave, comme une pneumonie, la quantité de fibrine augmente alors, comme cela a toujours lieu dans toutes les inflammations; mais cette augmentation, ainsi que nous le dirons plus tard (voir *Inflammation en général, état du sang*), est moins considérable que si la phlegmasie était primitive.

Valeur des altérations dans la fièvre typhoïde. — En résumé, dans les nombreuses altérations que nous venons d'énumérer, il en est deux, celles des plaques et celles des ganglions, qui sont constantes, et qui forment le caractère anatomique de la fièvre typhoïde. La lésion des follicules isolés et agminés est surtout remarquable, en ce qu'on ne *la rencontre jamais avec les caractères que nous lui avons assignés dans aucune des maladies aiguës ou chroniques actuellement connues.* On a dit pourtant que dans la scarlatine, le choléra et la phthisie, les folli-

(1) *Journal l'Expérience*, année 1840, et *Essai d'hématologie pathol.*, p. 61, Paris 1843.

cules présentaient des altérations analogues à celles de la fièvre typhoïde; mais, comme on le verra plus tard aux articles consacrés à ces maladies, la ressemblance est tellement grossière, qu'elle ne pourrait en imposer qu'aux personnes qui sont presque étrangères aux recherches d'anatomie pathologique. Ainsi la lésion des follicules intestinaux est propre à la fièvre typhoïde. Il n'en est pas de même de celle des ganglions mésentériques, qu'on a trouvés altérés au même degré dans la peste et dans la dysenterie, etc. Cependant nous dirons que, si la lésion des ganglions n'est pas aussi pathognomonique de la fièvre typhoïde que l'altération des plaques, elle n'en constitue pas moins un caractère anatomique précieux, en raison de sa constance dans tous les cas de fièvres graves. Il en est presque de même des altérations de la rate, qui, quoique ne se montrant point constamment ni exclusivement dans la maladie typhoïde, ne se retrouvent pourtant dans aucune autre affection ni aussi fréquentes ni aussi marquées. Les ulcérations que nous avons notées assez souvent du côté du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et de l'épiglotte, offrent encore jusqu'à un certain point quelque chose de propre à l'affection typhoïde, puisque M. Louis a prouvé que de pareilles lésions se rencontrent à peine dans le cours des autres maladies aiguës. D'où on peut conclure que, dans la fièvre typhoïde, les tissus membraneux ont de la tendance à s'ulcérer.

Quant aux ramollissements du cœur, des parenchymes et des muqueuses, ce sont des lésions secondaires, et qu'on observe presque dans la même proportion chez les sujets emportés par les autres maladies aiguës. Nous avons prouvé précédemment qu'elles dépendent de l'appareil fébrile, et qu'elles sont proportionnées à sa durée et à son intensité.

Les résultats fournis par l'anatomie pathologique diffèrent peu chez l'adulte et dans le jeune âge. Il résulte, en effet, des recherches de MM. Rilliet, Barthez et Taupin, que chez l'enfant la fièvre typhoïde a les mêmes caractères anatomiques que chez l'adulte, et que chez l'un comme chez l'autre les lésions secondaires sont également fréquentes; il paraîtrait seulement, d'après les deux premiers auteurs, que les ulcérations des follicules sont moins nombreuses, moins larges et moins profondes, et qu'elles se forment plus tardivement chez l'enfant que chez l'adulte; enfin, que les tissus membraneux ont aussi moins de tendance à s'ulcérer chez le premier que chez le second.

Nature des altérations. — Parmi les lésions anatomiques que nous avons énumérées, il en est qui sont le résultat de l'inflammation; il en est d'autres qui en paraissent indépendantes. Au nombre des premières sont, sans contredit, l'altération des follicules intestinaux et des ganglions mésentériques, les ulcérations de toutes les membranes muqueuses, les fausses membranes et les suppurations sous-muqueuses. Les

altérations que je regarde comme indépendantes de tout travail inflammatoire sont : le ramollissement du foie, des reins, du cœur, du cerveau, et même celui de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, la rougeur du cœur et de l'aorte, ainsi que les diverses altérations dont la rate est le siége. Néanmoins, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, quoiqu'étant certainement de nature inflammatoire, les lésions caractéristiques de l'affection typhoïde, quand elles existent seules, n'ont pas le pouvoir de produire dans le sang l'augmentation de fibrine que toutes les phlegmasies déterminent; c'est là une exception fort remarquable.

Symptômes de la fièvre typhoïde.

Invasion. — Dans les deux tiers des cas environ, la fièvre typhoïde débute brusquement au milieu des apparences de la santé la plus parfaite. Chez le tiers des malades, au contraire, on observe différents phénomènes précurseurs. Ainsi, on voit ces individus perdre l'appétit et les forces, devenir tristes, abattus, peu aptes aux travaux intellectuels ou manuels; ils ont des inquiétudes dans les membres, éprouvent des frissons, et parfois un peu de diarrhée; cet état maladif peut persister d'un à quinze jours. Cependant les phénomènes d'invasion apparaissent bientôt. Les plus constants sont une céphalalgie frontale vive, des frissons plus ou moins intenses et répétés, une faiblesse telle, que les malades sont obligés de cesser à l'instant tout travail; il faut encore joindre à ces symptômes des épistaxis, et surtout des coliques et la diarrhée, qu'on remarque dans la plupart des cas dès les vingt-quatre premières heures. Tels sont les phénomènes qui indiquent généralement l'invasion de la maladie. Mais bientôt de nouveaux accidents surviennent. Pour en suivre exactement le développement et la marche, il convient, à l'exemple de M. Chomel, de partager la maladie en trois périodes distinctes, ayant une durée variable, mais dont chacune d'elles peut cependant être évaluée à sept jours.

Première période. — Dans cette première période, les malades accusent une céphalalgie généralement vive, tensive, lancinante ou contusive; leur physionomie altérée exprime l'abattement; leur intelligence est plus ou moins obtuse; les réponses sont lentes, pénibles; il y a parfois, dès le début, un peu de divagation dans les idées, ou même un délire complet, maniaque, avec une agitation extrême. Ce dernier cas néanmoins est assez rare. Les forces sont prostrées; les malades sont le plus souvent couchés sur le dos et immobiles; ils ne peuvent même se tenir debout sans être soutenus; leur démarche est chancelante, inégale, et ressemble à celle des individus ivres. Ils se plaignent en même temps de vertiges, d'éblouissements, de tintement et de bourdonnement d'o-

reilles; parfois, l'ouïe est déjà moins parfaite. La plupart des malades ont des épistaxis, en général peu abondantes, mais quelquefois assez graves pour nécessiter le tamponnement; enfin, dans quelques cas, il n'y a qu'un très léger suintement. Si alors les malades restent dans leur lit, le sang s'écoule dans le pharynx, où on peut le reconnaître par l'inspection de l'arrière-gorge, il finit par être rejeté par expectoration sous forme de crachats pelotonnés et noirâtres. La bouche est pâteuse, amère; la langue est blanchâtre, peu humide; elle colle aux doigts; la soif est vive, l'appétit nul; il y a souvent des nausées et des vomissements formés surtout de matières verdâtres amères. Le ventre, un peu plus sonore que d'habitude, est le siége de coliques; la pression est souvent douloureuse à l'ombilic, mais surtout dans la fosse iliaque droite, où, en pressant avec la paume de la main, on détermine du gargouillement; il y a des selles liquides jaunâtres plus ou moins nombreuses. La rate est augmentée de volume, ce qu'on constate par la percussion de l'hypochondre gauche, qui donne un son mat dans une grande étendue; souvent l'organe dépassant le rebord costal, on peut le sentir à travers les parois abdominales. La peau est chaude et sèche; le pouls donne généralement plus de 100 pulsations par minute, il est mou ou dépressible, souvent ample, résistant et dicrote. Il y a communément un peu de toux; les malades rejettent quelques crachats grisâtres, qui se détachent difficilement en raison de leur extrême viscosité. Dans presque tous les cas, l'auscultation de la poitrine fait découvrir un râle sibilant et ronflant, inégalement disséminé ou bien existant des deux côtés et dans toute la hauteur des poumons, sans qu'on observe une dyspnée proportionnée à l'intensité et à l'étendue des bruits morbides. Le sommeil est nul, ou bien les malades sont assoupis et sont tourmentés par des visions et des rêves pénibles. Enfin, c'est à la fin de cette première période que commence souvent à se faire l'éruption typhoïde.

Cette éruption consiste dans l'apparition d'un nombre plus ou moins considérables de taches rosées de 1 à 5 millimètres de diamètre, arrondies, ne formant pas ou à peine de saillie, disparaissant par la pression, comme la rougeur de l'érythème, existant communément sur la peau du ventre, parfois sur celle de la poitrine, très rarement sur les membres. Plusieurs éruptions successives peuvent avoir lieu; chacune d'elles dure deux ou quatre jours; les taches pâlissent et disparaissent peu à peu sans laisser aucune trace. Je ne crois pas qu'on ait jamais noté l'éruption typhoïde avant le cinquième jour; elle a lieu communément du septième au douzième, et on ne l'a plus vue après le trente-cinquième. Ce symptôme manque assez rarement; quoiqu'on puisse l'observer dans le cours d'autres maladies aiguës, il est néanmoins plus spécial à l'affection typhoïde.

Deuxième période. — A la fin du premier septénaire, la céphalalgie

a diminué, ou même complétement cessé; mais tous les autres symptômes se sont aggravés, et de nouveaux accidents ont apparu, surtout du côté du système nerveux. Ainsi la stupeur est plus profonde, les traits sont immobiles, la prostration a augmenté, les malades sont devenus tout-à-fait sourds, les membres sont agités par des soubresauts, parfois même de véritables mouvements convulsifs ont lieu; il y a de la raideur et de la carphologie. Le délire, s'il n'existe déjà, se déclare tantôt léger, n'ayant lieu que pendant la nuit, tantôt continu, mais calme, ou bien agité et furieux, ce qui force à fixer les malades dans leur lit avec le gilet de force. D'autres fois les individus tombent dans un état de somnolence et de coma vigil. Ces différents troubles du côté du système nerveux, qu'on nomme communément les symptômes *ataxiques* de la maladie, peuvent se rencontrer sur le même individu, et alternent souvent les uns avec les autres.

Dans cette seconde période de la maladie, la langue est tremblante, et tout-à-fait sèche. Elle est le plus souvent recouverte, ainsi que les lèvres et les dents, par un enduit d'abord gris, puis brun, puis noir et brillant, auquel on a donné le nom de *fuliginosité*. Beaucoup de personnes regardent cet enduit comme formé par du sang qui a été exhalé par la muqueuse buccale, mais il dépend plutôt de la dessiccation de la salive et du mucus. Lorsque la langue est complétement recouverte par cet enduit, elle est petite, rapetissée, sèche et dure comme un morceau de liége ou de bois; sur la face supérieure on voit des crevasses que quelques auteurs graves regardent comme étant des ulcérations; mais l'examen attentif de l'organe nous a convaincu depuis longtemps que ces fentes n'intéressent pas le tissu de la langue, mais seulement la couche concrète qui la tapisse.

Dans cette période, la soif est généralement moins vive; la déglutition des liquides est quelquefois difficile, tantôt par suite de la paralysie des muscles du pharynx et de l'œsophage; tantôt la dysphagie est symptomatique d'une altération de la gorge ou de l'épiglotte. Le météorisme a beaucoup augmenté; la percussion donne partout une résonnance tympanique; la distension des intestins est parfois tellement considérable que le diaphragme est refoulé vers la poitrine, ce qui gêne la respiration et augmente l'anxiété des malades. La diarrhée continue; les selles sont souvent involontaires; chez beaucoup de sujets aussi, la vessie paralysée se laisse distendre par l'urine; ce liquide est rarement altéré. Les urines bourbeuses, noires, fétides, que les anciens signalaient comme fréquentes, sont au contraires un des accidents les plus rares. M. Rayer a également démontré (1), contre l'assertion de quelques auteurs modernes, que, dans la fièvre typhoïde, l'urine n'était

(1) *Traité des maladies des reins*, t. I, p. 111.

presque jamais alcaline, même dans les périodes et les formes les plus graves de la maladie. Le pouls, petit, faible, dépressible, parfois inégal, continue à être accéléré, quelquefois au contraire il tombe au-dessous de sa fréquence normale. La peau, d'une chaleur en général aride et âcre au toucher, peut quelquefois aussi présenter une température moins élevée que de coutume. Enfin des accidents particuliers ont lieu du côté de la peau; car, indépendamment de l'éruption typhoïde dont j'ai déjà parlé, on observe encore des sudamina, des pétéchies et surtout des escarres.

Les sudamina sont de petites vésicules semi-hémisphériques, transparentes, d'un 1/2 millimètre à 1 millimètre de diamètre, confluentes, existant, en général, en grand nombre. On les observe surtout au voisinage des aines, des aisselles, sur les parties latérales du cou, quelquefois sur tout le tronc, et même aux membres. Cette éruption passe souvent inaperçue, car elle n'est ordinairement bien visible que lorsqu'on examine obliquement la surface sur laquelle elle a lieu, ou bien lorsqu'on promène légèrement sur elle la pulpe du doigt, qui a alors la sensation de petites inégalités qu'il écrase facilement, et qui l'humectent. Au bout de quelques jours, le liquide contenu dans ces petites vésicules devient louche ou opaque, l'épiderme se ride et une exfoliation finit par avoir lieu. Les pétéchies peuvent apparaître à la même époque; mais ce symptôme est infiniment plus rare que les sudamina et les taches rosées lenticulaires.

De toutes les maladies aiguës, la fièvre typhoïde est encore celle dans laquelle on observe le plus souvent des ulcérations et des escarres aux téguments. Cette complication survient chez un cinquième ou un sixième des individus. Ces escarres se forment surtout sur les parties qui supportent le poids du corps, telles que le sacrum, les fesses, surtout dans les rainures qui les séparent des cuisses, les trochanters, les talons, les coudes et l'occiput. Ou bien la désorganisation frappe les surfaces des plaies artificielles, telles que vésicatoires, piqûres de sangsues; ou bien encore, les points qui ont été momentanément irrités par des cataplasmes sinapisés. Enfin, quelquefois la mortification des parties extérieures arrive spontanément, sans cause appréciable; c'est ainsi que j'ai vu survenir le sphacèle de la peau de la cuisse, du scrotum, du pied et de la lèvre inférieure.

Troisième période. — Les symptômes varient suivant le mode de terminaison de la maladie. Si celle-ci doit avoir une issue funeste, tous les accidents s'aggravent, les traits s'altèrent de plus en plus, la face devient hippocratique, la parole est tremblante, la respiration s'embarrasse, la peau se couvre de sueurs visqueuses; les malades tombent dans un état comateux et succombent. Si, au contraire, la fièvre typhoïde se termine par le retour à la santé, on remarque d'abord une dimi-

nution dans la stupeur ; le malade, longtemps indifférent, semble s'intéresser à ce qui l'entoure ; un sommeil calme succède au délire ou au coma, la bouche se nettoie, la langue s'humecte, le météorisme diminue, les selles cessent d'être involontaires, le pouls perd sa fréquence, la peau sa chaleur, l'appétit renaît, et un travail éliminatoire sépare les escarres. Il est rare que l'amélioration coïncide avec l'apparition de quelque phénomène critique. MM. Chomel et Genest ont également prouvé que la doctrine hippocratique des jours critiques, appliquée à l'étude des fièvres continues, n'avait aucun fondement.

Fièvre typhoïde de l'enfance. — La fièvre typhoïde de l'enfance présente les mêmes caractères que chez l'adulte ; toutefois, quelques uns des symptômes principaux n'ont pas le même degré de fréquence dans les deux cas : ainsi, les vomissements que M. Louis a notés assez rarement au début, se montrent à cette époque chez la moitié des enfants, d'après M. Taupin. Il paraît aussi, d'après MM. Rilliet et Barthez, que la tuméfaction de la rate ne se rencontre que chez le tiers ou le quart des malades ; ce résultat, toutefois, est en opposition avec celui de M. Taupin, qui signale l'augmentation de volume de la rate comme un phénomène à peu près constant. Chez les enfants, la langue, quoique sèche comme chez les adultes, offre néanmoins beaucoup plus rarement que chez ces derniers le racornissement et l'état fendillé ; la rétention d'urine est également un accident assez rare ; il en est de même du délire, du moins tout-à-fait au début ; et il est rare que ce symptôme se présente à aucune époque de la maladie avec une violence telle, qu'on soit obligé de fixer les malades dans leur lit avec le gilet de force. Enfin, les taches rosées et les signes de catarrhe, quoique ordinaires dans la fièvre typhoïde de l'enfance, sont néanmoins moins constants que chez l'adulte. Nous en dirons autant des épistaxis ; il paraît aussi en être de même pour les bourdonnements et les vertiges ; toutefois, la rareté de ces symptômes n'est peut-être qu'apparente, et dépend de la difficulté qu'on éprouve souvent à les constater dans le jeune âge. Enfin, nous verrons plus tard que la fièvre typhoïde des enfants diffère encore de celle des adultes par la fréquence moins grande chez les premiers de quelques unes des complications les plus graves, telles que la gangrène, les perforations et les hémorrhagies intestinales.

Formes de la fièvre typhoïde. — Les divers symptômes de la fièvre typhoïde que j'ai précédemment énumérés se groupent de différentes manières, d'après certaines conditions individuelles ou extérieures difficiles à apprécier. Ainsi on voit certains ordres de phénomènes prédominer et imprimer à la maladie une physionomie spéciale, et c'est d'après cette considération qu'ont été établies les diverses formes ou va-

riétés de la maladie. Les principales sont : les formes inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique, ataxique et latente.

1° *Forme inflammatoire.* — Dans la forme inflammatoire, le pouls offre la force et la plénitude qu'on observe dans les phlegmasies franches; la chaleur est vive, les téguments sont injectés; l'urine est rouge, rare, la soif intense. Cet état n'est, en général, que momentané, et il est commun de le voir remplacé, après quelques jours de durée, par l'appareil symptomatique que nous verrons bientôt caractériser les formes adynamique et ataxique.

2° *Forme bilieuse ou gastrique.* — Elle est plus rare que la précédente; elle est caractérisée par la prédominance des symptômes bilieux, tels que bouche amère, langue jaunâtre, nausées, vomissements, teint jaune, chaleur vive de la peau et dureté du pouls. On dit que cette forme règne surtout en automne et pendant l'été. Les fièvres typhoïdes que Tissot observa à Lausanne pendant l'épidémie de 1755 avaient la forme bilieuse, qui était aussi le caractère de la constitution régnante. La forme bilieuse offre les mêmes transformations que la forme inflammatoire.

3° *Forme muqueuse.* — On la rencontre, dit-on, chez les sujets affaiblis par une mauvaise alimentation ou habitant des lieux humides et malsains. Dans cette variété de la maladie, la face est pâle et bouffie, la langue est blanche, la bouche pâteuse; les selles sont glaireuses; des signes de catarrhe ont lieu du côté de plusieurs muqueuses. Dans l'épidémie de Gœttingue, décrite par Rœderer et Wagler, cette forme muqueuse paraît avoir existé dans la plupart des cas. La forme adynamique lui succède fréquemment.

4° *Forme adynamique ou putride.* — C'est la forme la plus fréquente qu'on observe à Paris. Dans un tiers des cas, elle est primitive (Chomel); d'autres fois elle est consécutive aux formes précédentes; elle est caractérisée par l'hébétude de la face, la prostration extrême des forces, le coma, la petitesse, la lenteur du pouls, le refroidissement du corps, les déjections fétides, les fuliginosités de la bouche, les hémorrhagies passives et les escarres.

5° *Forme ataxique, nerveuse, maligne ou cérébrale.* — Dans cette variété de la maladie, on voit surtout prédominer les troubles du côté du système nerveux, tels que délire, soubresauts des tendons, carphologie, convulsion, roideur, perversion des sens. Il faut rapporter à la forme ataxique, la fièvre *lente nerveuse* décrite par Huxham, ainsi nommé par ce médecin pour exprimer la lenteur apparente et la fausse bénignité de la maladie.

Les cinq formes de fièvres typhoïdes que je viens d'énumérer comprennent à peu près les différentes espèces de fièvres continues graves admises par les anciens pathologistes. Cependant je me hâte de dire qu'il

est rare de voir ces différentes formes avoir des caractères aussi distincts, aussi tranchés qu'on pourrait le croire d'après les descriptions que j'ai données de chacune d'elles. Ces variétés dont j'ai parlé se combinent communément entre elles, et dans beaucoup de cas il est difficile de se prononcer sur la forme de la maladie, lorsqu'on voit, par exemple, des symptômes inflammatoires, bilieux, ataxiques et adynamiques coexister ensemble et prédominer à peu près au même degré. Quoi qu'il en soit, on peut dire avec M. le professeur Forget que les formes adynamique et ataxique sont les plus fréquentes de toutes, parce qu'elles sont l'aboutissant commun de toutes les autres, parce qu'elles caractérisent toute fièvre typhoïde confirmée, parce que bien peu de malades succombent sans les avoir offertes (1).

Formes latentes. — Eu égard à leur plus ou moins de gravité, on a divisé les fièvres typhoïdes en *graves*, *moyennes* et *bénignes*. Ces dernières peuvent être aussi bien caractérisées que la forme la plus grave, mais tous les symptômes ont une bénignité extrême. D'autres fois, non seulement les principaux symptômes sont remarquables par leur peu d'intensité, mais il en est beaucoup qui manquent ou qui ne sont qu'éphémères. C'est ainsi qu'on voit des malades chez lesquels un appareil fébrile continu, de médiocre intensité, et la perte d'appétit sont à peu près les seuls symptômes qui fixent l'attention du médecin ; car s'il y a eu de la céphalalgie au début, elle n'a été que passagère ; le dévoiement est peu intense, la prostration peu forte. Ce sont ces cas qui se présentent fréquemment dans la pratique qu'on a désignés sous le nom de *fièvres typhoïdes latentes*, cas qui guérissent presque toujours avant que le diagnostic ait pu être établi sûrement, mais qui, cependant, peuvent avoir une issue funeste par suite d'une aggravation subite dans les symptômes, et bien plutôt encore par l'apparition de quelque accident nouveau, comme une hémorrhagie et une perforation intestinales qui viennent donner au diagnostic jusqu'alors douteux une grande certitude.

Marche de la maladie. — On a vu par la description que j'ai faite des symptômes, quelle était la marche ordinaire de la fièvre typhoïde. On a pu se convaincre que, comme la plupart des autres affections, elle avait une marche assez régulière, soit que, s'aggravant sans cesse, elle eût une issue funeste, soit que, parvenue à sa période d'état, elle déclinât ensuite progressivement. Cependant il est des cas où la maladie n'a point une marche aussi simple ; ainsi quelquefois on la voit, surtout pendant la deuxième période, présenter alternativement des exacerbations et des améliorations subites, mais passagères, qui rendent le pronostic encore plus incertain. La fièvre, dans l'affection typhoïde, est essentiel-

(1) *Traité de l'Entérite folliculeuse*, p. 257.

lement continente, pouvant néanmoins offrir, comme dans la plupart des maladies aiguës, des exacerbations qui ont ordinairement lieu vers le soir. Dans quelques cas, on a vu ces exacerbations survenir régulièrement, être précédées d'un frisson, et suivies de sueurs, comme dans les accès fébriles *rémittents;* mais cette périodicité est généralement peu marquée, et lorsqu'elle existe manifestement, elle est de courte durée.

Convalescence. — La convalescence a généralement une durée proportionnée à la gravité de la maladie; elle est d'autant plus longue, que les forces ont été plus anéanties par l'affection et par les accidents qui sont venus la compliquer.

Les individus qui relèvent de la fièvre typhoïde sont, pour la plupart, extrêmement amaigris; l'appétit renaît très vite, et la faim se fait souvent sentir d'une manière impérieuse. Un œdème souvent douloureux des extrémités inférieures, envahissant quelquefois, chez les enfants, toute la périphérie du corps (anasarque), la chute des cheveux, également plus fréquente dans le jeune âge, sont des phénomènes qu'on observe chez quelques convalescents; mais l'accident le plus remarquable, est un dérangement des facultés intellectuelles, une sorte de folie qui se dissipe en général spontanément, à mesure que les forces reviennent. Chez beaucoup de malades, l'ouïe revient lentement; c'est ce qu'on observe surtout chez ceux qui ont eu un écoulement purulent par l'oreille. Cet accident arrive peut-être, sur un vingtième des sujets, à une époque assez avancée de la maladie, c'est-à-dire du vingtième au quarantième jour; il s'accompagne quelquefois de la perforation de la membrane du tympan, comme M. le docteur Ménière me l'a fait remarquer plusieurs fois. Dans ces cas, les malades conservent l'ouïe plus ou moins dure.

Il paraît démontré aujourd'hui que la fièvre typhoïde, semblable en cela à la variole, à la rougeole et à la scarlatine, n'affecte qu'une seule fois le même individu. Je ne crois pas que, jusqu'à présent, on ait observé un seul cas de récidive. Les rechutes au contraire ne sont pas rares, et sont, pour la plupart, provoquées par des écarts de régime.

Durée. — La marche de l'affection typhoïde s'éloigne aussi de celle de la plupart des maladies aiguës fébriles, par sa durée *presque toujours* considérable, quelque bénins que soient les symptômes. Si quelquefois des malades ont paru entrer en convalescence dès le huitième jour, ces faits ne sauraient être considérés que comme des cas exceptionnels; car, même lorsque la maladie est très bénigne, la convalescence n'a communément lieu que vers la fin du second septénaire. Dans les cas graves, la durée moyenne est de vingt-huit à trente-deux jours. Je crois que les deux termes extrêmes dans lesquels la convalescence peut être observée sont douze et quatre-vingts jours. Toutes choses égales d'ailleurs,

de toutes les variétés de la fièvre typhoïde, la forme adynamique est celle dont la durée est la plus considérable (Chomel et Genest).

Si la fièvre typhoïde a une issue funeste, la mort arrive rarement avant le septième jour; mais c'est surtout pendant la deuxième et la troisième période, c'est-à-dire dans le deuxième et le troisième septénaire, que la plupart des malades succombent.

Complications.—La fièvre typhoïde peut se compliquer de plusieurs accidents dont les plus communs sont : la péritonite consécutive à la perforation de l'intestin, les hémorrhagies intestinales, les inflammations des voies aériennes, l'érysipèle de la face, l'otite, les parotides et les escarres.

1° *Péritonite par perforation.* — La perforation intestinale est l'accident le plus grave qui puisse survenir dans le cours de la fièvre typhoïde; il a pour effet constant la production d'une péritonite. Lorsque des adhérences protectrices ne se sont pas faites avant que la perforation soit complète, les gaz et les matières fécales s'épanchent dans le péritoine, et produisent une péritonite suraiguë que M. Louis a parfaitement décrite. Au moment même de l'accident, les malades éprouvent une douleur subite, souvent assez vive pour arracher des cris, et qui, commençant dans le point même où la perforation s'est opérée, s'irradie ensuite dans tout le ventre. Cependant lorsque les malades sont très affaiblis et que la sensibilité est très obtuse, la douleur peut manquer plus ou moins complétement. Dans les cas où elle existe, elle augmente par la pression, et s'accompagne de frissons, de refroidissement du corps, d'une altération profonde des traits, de vomissements et de suppression des selles. La mort a le plus communément lieu au bout de six à quarante heures. Un malade de M. Louis n'a succombé pourtant qu'après sept jours. La perforation intestinale est un accident qui survient sans prodromes au moment où l'on s'y attend le moins, dans les cas graves, comme dans les plus bénins, et lorsque le diagnostic offre la plus grande incertitude. Un météorisme trop considérable, une pression immodéré dans la fosse iliaque pour déterminer le phénomène du gargouillement, peuvent favoriser ou provoquer la perforation; mais en général cet accident formidable survient sans cause appréciable, et d'une manière tout-à-fait imprévue. Il est beaucoup moins commun chez les enfants que chez les adultes, on l'observe chez ces derniers environ une fois sur cinquante ou soixante.

2° Les *hémorrhagies intestinales* sont produites, tantôt par l'érosion d'un vaisseau, d'autres fois d'une manière passive et par simple exhalation. Le sang est quelquefois très abondant; il est alors rendu pur, liquide, ou en caillots noirâtres; ou bien il est en petite quantité, et dans ce cas il est intimement combiné avec les matières fécales, et peut être difficilement reconnu. Lorsque la perte de sang est abondante, on observe tous les signes des hémorrhagies internes que je ferai connaître

plus tard. L'hémorrhagie intestinale est un symptôme grave pouvant produire la mort, et qui presque toujours augmente la faiblesse : il est douteux qu'elle ait jamais été critique. Cette complication, fréquente chez l'adulte, est au contraire très rare dans la fièvre typhoïde du jeune âge, où elle se montre peut-être à peine une fois sur cent, c'est-à-dire huit ou dix fois moins souvent que chez l'adulte.

3° L'*entérite*, complication tout-à-fait secondaire chez l'adulte, paraît, au contraire, dans la fièvre typhoïde du jeune âge, jouer un rôle important. L'inflammation et le ramollissement de la muqueuse du gros et du petit intestin a été rencontrée, par MM. Rilliet et Barthez, dix-sept fois sur vingt-sept cas. Cette lésion paraît déterminer une augmentation des douleurs abdominales, de la diarrhée et du météorisme. Cette grave complication est d'autant plus commune que les enfants sont plus jeunes.

4° *Inflammation des voies aériennes.* — La pneumonie est une des complications les plus communes de la fièvre typhoïde; je l'ai observée sur le septième des individus. M. Louis l'a vue chez un sixième, et cette proportion est à peu près celle qu'on observe pour les enfants. Quant aux signes auxquels on pourra reconnaître cette complication, je les ferai connaître plus tard. (Voir *Pneumonie.*)

5° L'*érysipèle* de la face se rencontre chez un vingtième ou un trentième à peu près des individus ; il est généralement peu intense, est souvent partiel, et s'accompagne de peu de gonflement. Cependant il a pour effet de prostrer beaucoup les malades : près de la moitié succombe.

6° *Otite et parotides.* — L'otite paraît être un accident moins commun chez l'adulte que chez l'enfant, où on l'a noté sur un dixième environ des sujets. Elle ne s'accompagne ordinairement d'aucune douleur et n'est guère caractérisée que par l'écoulement puriforme et par la surdité. C'est donc à tort que presque tous les médecins rapportent constamment ce dernier symptôme, si commun dans la fièvre typhoïde à un trouble purement nerveux, tandis que dans beaucoup de cas (j'ignore encore leur proportion), il se lie à l'inflammation de l'oreille interne ou du conduit auditif externe. Les parotides sont des complications rares à tous les âges, et qu'on ne peut considérer comme des mouvements critiques que dans la très minime partie des cas.

7° *Escarres.* — J'ai parlé précédemment des escarres, symptôme fâcheux, en ce qu'il indique une grande perturbation dans l'économie. En outre, la gangrène peut devenir par elle-même une cause de mort, car lorsque les escarres se séparent, beaucoup de malades succombent par suite de l'abondance de la suppuration, ou parce que l'organisme affaibli ne peut faire les frais de la cicatrisation. Ce grave accident se rencontre près de deux fois plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant, qui n'en est guère atteint qu'une fois sur dix-huit.

Diagnostic différentiel. — Parmi les nombreux symptômes qu'on observe dans la fièvre typhoïde, il n'y en a aucun qui soit pathognomonique; de sorte que, pour arriver au diagnostic de la maladie, il faut la réunion ou l ensemble d'un certain nombre de symptômes généraux et locaux; il y a surtout quelques phénomènes qui ont une grande importance, parce qu'on les observe rarement dans le cours des autres maladies aiguës, et que, lorsqu'ils se montrent dans celles-ci, ils sont beaucoup moins marqués que dans la fièvre typhoïde : tels sont les épistaxis, les taches rosées lenticulaires, les sudamina, les escarres, le météorisme, les hémorrhagies intestinales, l'augmentation de volume de la rate, la stupeur, le délire, l'assoupissement ou l'insomnie, la débilité extrême, qui n'est point en rapport avec les autres symptômes, la contracture et les soubresauts, phénomènes dont la réunion ou l'existence en plus ou moins grand nombre chez le même individu révèle nécessairement une fièvre typhoïde.

Cependant le diagnostic présente plus ou moins de difficultés dans un grand nombre de cas : ainsi dès le début de l'affection, lorsqu'il n'y a que de la céphalalgie, de la fièvre, de l'anorexie, de la soif, de la diarrhée et de la faiblesse, il est impossible de dire si c'est une fièvre typhoïde qui commence plutôt qu'une autre maladie aiguë.

Il est en effet plusieurs affections qui présentent beaucoup de ressemblance avec la fièvre typhoïde, tels sont, en particulier, les prodromes des fièvres éruptives, et surtout ceux de la variole, l'embarras gastrique avec fièvre, les affections catarrhales peu intenses, la fièvre inflammatoire, enfin beaucoup de phlegmasies viscérales; de sorte que, pour préciser le diagnostic, on est souvent obligé d'attendre la manifestation d'autres symptômes, tels que le météorisme, le gonflement de la rate, les taches, etc. Cependant si dans ces cas douteux, la faiblesse est déjà très grande, s'il y a de l'insomnie, des bourdonnements d'oreille et des vertiges, on devra plutôt *incliner* vers l'existence d'une fièvre typhoïde.

Après le premier septénaire, il est rare que le diagnostic soit encore incertain; car si on n'avait ni les taches, ni le météorisme, ni la stupeur, ni les épistaxis, ni les hémorrhagies intestinales, on devrait néanmoins, en considération seule de la *durée de la fièvre*, présumer qu'on a affaire à l'affection typhoïde. En effet, comme M. Chomel l'a observé avec beaucoup de raison (1), une fièvre aiguë qui persiste au-delà du huitième jour, et qui jusqu'à cette époque, après des explorations méthodiques et répétées, n'a présenté aucun signe local d'une phlegmasie assez intense pour l'expliquer, doit être rapportée à la maladie typhoïde, du moins dans notre climat et dans le cours accoutumé

(1) *Pathologie générale*, 3e édit., p. 512.

de notre état sanitaire. L'examen du sang peut en outre aider à déterminer la cause du mouvement fébrile; si en effet celui-ci est symptomatique de quelque phlegmasie, on observe aussitôt une augmentation considérable de la fibrine, tandis que nous avons vu, que dans les pyrexies simples, ce principe *n'augmente jamais*, reste souvent en quantité normale, et souvent aussi diminue. (Andral).

L'âge des malades est encore un élément précieux de diagnostic. Nous verrons bientôt que la fièvre typhoïde n'affecte jamais les vieillards; lors donc que chez des sujets âgés, c'est-à-dire ayant plus de cinquante-cinq ans, on observe un appareil symptomatique pouvant indiquer l'affection des plaques de Peyer, on exclura aussitôt l'idée de cette lésion, et l'on recherchera dans la souffrance de quelque organe profond, et surtout dans la poitrine, la cause de l'état typhoïde qu'on observe. Quel que soit d'ailleurs l'âge des sujets, il est impossible, pour peu qu'on soit attentif et instruit, de confondre pendant longtemps l'état typhoïde, tenant à l'altération des plaques de l'intestin, et celui qui est symptomatique de quelque phlegmasie viscérale; car, grâces aux progrès qu'a faits dans ce siècle le diagnostic des affections locales, on ne peut pas rester longtemps incertain sur la cause des symptômes adynamiques qu'on observe. Les maladies qui simulent le mieux la forme adynamique de la fièvre typhoïde sont : les phlegmasies thoraciques, la péritonite, surtout celle qui affecte les femmes en couche, la phlébite, la morve aiguë, les maladies des voies urinaires, la période de réaction du choléra asiatique. Mais on verra à la description que je ferai de chacune de ces maladies, comment, en ayant égard à l'âge des sujets, aux circonstances dans lesquelles on observe, et surtout aux phénomènes fournis par l'exploration des organes, on évitera à peu près sûrement de se tromper sur la nature de la maladie.

Dans la fièvre typhoïde, ataxique, lorsque surtout les malades ont un délire violent, un grand nombre de personnes méconnaissent l'affection et admettent l'existence d'une phlegmasie des méninges et du cerveau. Mais cette erreur, qui peut avoir les plus funestes résultats, ne pourra être commise que dans les cas fort rares où on n'aurait aucune espèce de renseignements sur les antécédents des malades, et lorsque la plupart des symptômes de la fièvre typhoïde manquent. Mais presque toujours on pourra établir le diagnostic différentiel par la comparaison des symptômes et la marche différente de la fièvre typhoïde et des phlegmasies encéphaliques; c'est ce que je ferai plus tard.

Nous montrerons aussi ailleurs qu'il est impossible de confondre la fièvre typhoïde avec l'entérite, du moins chez l'adulte; tandis que dans le jeune âge l'entérite intense offre quelquefois tant de ressemblance avec la forme grave de la fièvre typhoïde, qu'il peut devenir difficile d'établir le diagnostic différentiel des deux affections. Nous reviendrons

d'ailleurs sur ce sujet quand nous traiterons de l'inflammation des intestins.

Pronostic. — Le pronostic de la fièvre typhoïde est toujours grave. Quelque bénigne que soit la maladie, *il est impossible d'affirmer quelle sera son issue ;* car on ne doit jamais oublier que dans les cas les plus simples et les plus bénins, et tandis que tout fait supposer une heureuse terminaison, une perforation intestinale peut avoir lieu, et emporter rapidement les malades. Cet accident formidable, que rien ne peut nous faire prévenir ou prévoir, empêchera toujours un médecin prudent d'établir *sans restriction* un pronostic favorable, même dans les cas où les symptômes généraux et locaux sembleraient y autoriser. Mais, indépendamment du caractère propre de la maladie, il existe encore quelques circonstances particulières, telles que des conditions d'âge ou certains symptômes qui doivent aussi modifier le pronostic.

Si le *sexe* n'exerce aucune influence sur l'issue de la maladie, il n'en est pas de même de l'âge des sujets. Ainsi, des faits nombreux ont aujourd'hui démontré que la fièvre typhoïde est très meurtrière dans l'enfance, puisque, à cet âge, elle emporte quelquefois, soit par elle, soit par ses complications, plus du quart des sujets (Rilliet et Barthez). M. Barrier pourtant n'indique qu'une mortalité d'un dixième. Quoi qu'il en soit, l'affection est surtout grave dans les cinq premières années de la vie. De quinze à vingt ans, elle paraît faire beaucoup moins de victimes qu'à tous les autres âges. De vingt à quarante ans, le degré de mortalité, quoique un peu plus considérable que précédemment, ne varie pas beaucoup, tandis qu'au-dessus de cet âge la proportion des morts semble augmenter. — Les sujets débilités par une nourriture insuffisante ou par des chagrins prolongés, les hommes d'une constitution débile, sont ceux chez lesquels la maladie offre généralement le plus de gravité.

L'influence des *saisons* sur la mortalité n'est pas encore bien établie. D'après M. Chomel, la *lenteur de l'invasion* serait une circonstance défavorable.

Parmi les symptômes qui donnent le plus de gravité au pronostic, il faut citer l'hémorrhagie intestinale, puisque l'on voit succomber plus de la moitié des malades qui ont présenté cet accident. Un météorisme considérable et des selles involontaires sont également des signes graves, mais à un moindre degré que le précédent et que la dysphagie, surtout lorsqu'elle dépend d'une paralysie du pharynx. — Le *délire* est toujours une circonstance aggravante, mais il constitue surtout un signe fâcheux lorsqu'il survient dès le début de la maladie, et qu'il est assez violent pour nécessiter l'usage de la camisole de force. Le *coma*, lorsqu'il est permanent, et les *soubresauts des tendons* sont un des symptômes les plus fâcheux ; mais quelque graves qu'ils soient, ils n'in-

diquent pas une mort à peu près certaine, comme le font les *convulsions*, la *roideur tétanique* des membres et le *facies hippocratique*. La *surdité*, même complète, n'est pas un signe aussi funeste qu'on le croit généralement. D'autres ont considéré l'otorrhée comme d'un favorable augure, mais c'est une opinion très contestable. La *fréquence extrême du pouls*, ou bien son *ralentissement*, succédant tout-à-coup à une grande fréquence, et coïncidant avec l'exaspération des autres symptômes, est un signe du plus fâcheux augure.

Toutes les *formes* de la maladie sont dangereuses, mais les formes *adynamique* et *ataxique*, et *cette dernière surtout*, sont celles qui comportent le plus de gravité.

Toutes les complications ajoutent nécessairement à la gravité de la maladie. Ainsi, presque tous ceux qui sont affectés de *pneumonie* intercurrente succombent promptement. Lorsque des signes de *perforation intestinale* ont lieu, il faut à peu près désespérer du salut des malades. La formation d'escarres, surtout au sacrum, et l'érisypèle à la face sont encore des accidents qui doivent le plus préoccuper les médecins.

Enfin, d'après la remarque de M. Chomel, lorsqu'après une courte rémission des symptômes on voit reparaître les accidents avec plus d'intensité qu'auparavant, le pronostic est très fâcheux; car, dans ce cas, la maladie a presque toujours une issue fatale.

Etiologie de la fièvre typhoïde. — La recherche des causes prédisposantes et occasionnelles de la maladie a été faite dans ces derniers temps avec beaucoup de soin, et voici les résultats principaux qu'on a obtenus.

1° *Age.* — La fièvre typhoïde ne paraît jamais attaquer les vieillards. Ainsi il résulte des faits consignés dans les ouvrages de MM. Louis et Chomel que la maladie a son maximum de fréquence de dix-huit à trente ans; qu'elle est rare au-dessus de quarante, et qu'on ne l'a peut-être jamais vue après cinquante-cinq ans. Dans l'enfance, la fièvre typhoïde est commune, comme l'ont prouvé les recherches de MM. Barrier, Taupin, Rilliet et Barthez. On voit en effet, par les travaux de ces auteurs, que l'affection dont nous traitons est surtout fréquente de neuf à quatorze ans; qu'elle l'est moins de cinq à huit, et qu'elle est tout-à-fait rare dans les premières années de la vie. Cependant on en a observé des exemples dès les premiers mois de l'existence; et un fait communiqué par notre ami le professeur Charcellay à la Société de médecine d'Indre-et-Loire, prouve que la fièvre typhoïde pourrait même atteindre l'enfant encore renfermé dans le sein maternel.

2° *Sexe, constitution et professions.* — On ne sait rien de positif sur la prédisposition exercée par le sexe, les constitutions et les professions, etc. Cependant on a dit que dans l'enfance la maladie sévissait davantage sur les garçons que sur les filles, et atteignait ceux qui étaient

le mieux développés et avec les apparences de la meilleure constitution (Rilliet et Barthez). Ajoutons que, contrairement à la plupart des autres maladies, la fièvre typhoïde survient presque toujours primitivement, et que chez l'adulte, comme dans le jeune âge, on ne la voit presque jamais atteindre les convalescences.

3° *Changement d'habitudes, acclimatement.* — MM. Petit et Serres, Louis et Chomel, ont démontré que le plus grand nombre de fièvres typhoïdes qu'on observait à Paris, sévissait sur des sujets arrivés des provinces, et non encore acclimatés : ce qui porterait à penser que le changement d'habitude, de climats, de nourriture, constitue une prédisposition puissante pour la production de la maladie. Peut-être aussi, comme le croit M. Piorry, l'encombrement est-il une circonstance qui peut développer l'affection ; mais, en tout cas, c'est une condition fâcheuse qui l'aggrave toujours.

4° *Climats.* — Nous ne savons rien de précis sur l'influence des climats, si ce n'est que la maladie règne dans tous les pays d'Europe, et qu'elle est même assez commune dans l'Amérique du Nord, sans l'être cependant autant qu'à Paris. Elle se présente partout avec les mêmes phénomènes symptomatiques, partout aussi elle est caractérisée par les mêmes lésions anatomiques, et reconnaît la plupart des causes prédisposantes dont nous avons reconnu l'influence à Paris.

5° *Causes occasionnelles.* — On a pendant longtemps accusé le froid, les privations, la misère, toutes les causes débilitantes, comme ayant la plus grande part dans la production de la maladie ; cependant, les recherches de MM. Chomel et Louis ont prouvé que toutes ces causes avaient été admises assez gratuitement ; et si on voit parfois la maladie succéder immédiatement à quelque cause occasionnelle, dans la grande majorité des cas elle survient d'une manière tout-à-fait spontanée, c'est-à-dire que la cause qui l'engendre nous échappe entièrement.

6° *Contagion.* — La généralité des médecins, surtout à Paris, pensent que la fièvre typhoïde n'est pas contagieuse. Ils fondent leur opinion : 1° sur le grand nombre d'individus qui s'exposent impunément à la contagion ; 2° sur ce que dans nos hôpitaux on ne voit pas l'affection se transmettre aux autres malades, quoique beaucoup d'entre eux couchent dans des lits voisins de ceux qu'occupent des individus atteints de fièvre typhoïde.

Ces objections ne sont que spécieuses : si, en effet, beaucoup de personnes peuvent soigner des fièvres typhoïdes sans en être affectés, cela prouve que la contagion de cette maladie n'atteint pas nécessairement tous ceux qui s'y exposent. Si dans les hôpitaux on ne voit pas la maladie se propager de lit en lit, cela n'a rien de si extraordinaire, puisque nous voyons qu'il en est à peu près de même pour plusieurs maladies

manifestement contagieuses, comme la rougeole, par exemple, qui se propage rarement dans nos hôpitaux d'adultes, probablement parce que la plupart des individus ont eu la maladie dans le jeune âge, et qu'il en est très probablement de même pour la fièvre typhoïde, que nous savons très commune chez les enfants. D'ailleurs, il n'est pas sans exemple que des individus entrant dans un hôpital pour une affection quelconque y soient consécutivement atteints de fièvre typhoïde. Des faits semblables ont été vus non seulement par moi-même, mais aussi par MM. Louis, Chomel, Genest, et plusieurs autres encore. Mais que peuvent prouver des faits négatifs lorsque la science possède déjà un si grand nombre d'observations qui démontrent la réalité de la contagion ? ainsi M. le docteur Bretonneau, le premier en France, a rapporté beaucoup de faits recueillis dans des villages ou de petites villes, et qui démontrent sans réplique la transmission de la maladie par contagion (1). Les résultats obtenus pendant l'épidémie qui régna à l'École de La Flèche en 1826 méritent surtout d'être connus et médités. La fièvre typhoïde régnait à La Flèche et dans le collége ; quatre pensionnaires ayant succombé et *les caractères anatomiques de la maladie ayant été constatés avec soin*, l'École fut évacuée. Parmi les élèves qui furent renvoyés chez leurs parents, il y en eut vingt-neuf qui furent gravement affectés de la même maladie, et *huit* la communiquèrent à plusieurs des personnes qui les soignèrent. On cite surtout un de ces élèves qui, à Versailles, transmit la maladie à sa sœur, celle-ci à sa femme de chambre, cette dernière à une amie qui vint la visiter. Cependant il fut bien constaté que la fièvre typhoïde ne régnait pas à Versailles avant l'arrivée des pensionnaires de La Flèche. Un grand nombre d'autres exemples de transmission de fièvre typhoïde par contagion ont été vus par MM. Leuret à Nancy, Mistler et Ruef dans le département du Bas-Rhin, par M. Putegnat à Lunéville, par le professeur Forget à Strasbourg, etc. Mais les observations les plus concluantes en faveur de la contagion ont été faites par le docteur Gendron, du Château-du-Loir. Ce médecin a prouvé, dans son beau travail sur les épidémies des petites localités (2), que la fièvre typhoïde pouvait être transmise *directement* ou par le contact immédiat des malades, soit par le séjour dans leur atmosphère ; *indirectement* ou à la suite de rapports médiats avec les individus qui approchent les malades, ou pour avoir touché aux effets qui ont servi à ces derniers. Le même auteur a prouvé que ces quatre modes de contagion étaient, quant à leur fréquence, dans une proportion successivement décroissante ; que la contagion agit en raison de la fréquence des communications et du nombre des malades, indépendamment de l'in-

(1) *Archives de Médecine*, vol. XXI, page 57. Notice lue, le 7 juillet 1829, à l'Académie royale de médecine.

(2) *Journ. des Connaiss. médico-chirurg.*, 1re et 2e années.

salubrité des lieux et de la misère des habitants; que la maladie, rarement transmissible dans les quinze premiers jours, le devient surtout dans le troisième et le quatrième septénaire, jusque dans la convalescence; qu'il y a une période d'incubation qui peut n'être que de vingt-quatre heures, que d'autres fois elle se prolonge pendant quinze jours; mais dans la plupart des cas elle ne dépasse pas huit jours. Enfin M. Gendron a démontré d'une manière incontestable l'immunité qu'acquéraient les individus qui avaient été atteints une première fois de la maladie.

Ces faits sont importants; ils ont été observés par un homme aussi consciencieux qu'habile, et méritent par conséquent toute notre confiance. Il n'est donc plus permis aujourd'hui de révoquer en doute la transmission de la fièvre typhoïde par contagion. Celle-ci, il est vrai, n'est pas aussi évidente à Paris qu'en province : parce que dans cette métropole, comme dans toutes les grandes villes, il est difficile de suivre les traces de la contagion. Ne voyons-nous pas, en effet, tous les jours des individus être pris de variole, de rougeole ou de scarlatine, sans que nous puissions dire où et comment ils les ont contractées? et cependant ces maladies n'ont pu survenir que par le fait de la contagion. Ainsi donc la question de la contagion ne peut être étudiée que dans les petites localités, où tout le monde se connaît, où le même médecin, voyant tous les malades à plusieurs lieues à la ronde, peut suivre pas à pas le début et le mode de propagation des maladies.

Il résulte de ce qui précède que la fièvre typhoïde est contagieuse : aussi la prudence veut que lorsque la maladie éclate dans une famille, on éloigne du foyer d'infection les individus qui, ne l'ayant pas encore eue, seraient, par leur âge, plus particulièrement prédisposés à la contracter. Mais tout en reconnaissant que la fièvre typhoïde est contagieuse, il faut aussi admettre qu'elle l'est à un moindre degré que beaucoup d'autres maladies, telles que les fièvres éruptives, par exemple. Nous croyons en outre que, contrairement à ce qui a lieu pour ces dernières, le développement de la fièvre typhoïde est beaucoup plus souvent spontané que l'effet de la contagion, proposition que M. Gendron semble contester. Nous sommes également convaincu que ce médecin exagère les effets de la contagion, lorsqu'il avance que celle-ci est la cause principale des épidémies de fièvre typhoïde, qui nous paraissent, au contraire, résulter plutôt des causes, encore inconnues, qui développent toutes les autres affections épidémiques.

Traitement. — Si on a lu avec quelque attention l'histoire que j'ai tracée précédemment de la maladie, on aura de la peine à comprendre qu'on ait pu conseiller un mode uniforme de traitement applicable à tous les cas, à toutes les formes et à toutes les périodes de l'affection ; qu'on ait pu, par exemple, prescrire exclusivement les toniques et les stimu-

lants, les antispasmodiques et les saignées chez des individus dont la faiblesse était extrême, le pouls petit et dépressible, comme chez ceux dont les forces étaient moins prostrées, et dont le pouls était large et résistant ; c'est cependant ce qui a eu lieu. Beaucoup de médecins ne voyant en effet, dans la fièvre typhoïde, qu'une maladie *spécifique*, ont voulu lui opposer une médication également spécifique, ou du moins une thérapeutique qui fût en rapport avec la nature vraie ou supposée de la maladie : c'est qu'on va voir par les détails suivants.

Médication antiphlogistique. — M. Forget, de Strasbourg, dont la vaste érudition égale l'habileté, a prouvé, dans son excellent ouvrage, que presque tous les anciens médecins avaient employé les saignées, plus ou moins largement, dans le traitement de la fièvre typhoïde ; la méthode antiphlogistique fut même usitée par quelques uns dans les formes adynamique et ataxique. Je citerai particulièrement Baillou, Botal, Sydenham, Dehaen, Stoll lui-même, mais surtout Chirac, qui, faisant des saignées de quatre à cinq palettes, les répétait toutes les treize heures jusqu'à ce que la violence du pouls fût tombée. De nos jours, la plupart des médecins dont la pratique mérite de faire autorité, n'emploient les antiphlogistiques qu'avec prudence et mesure ; je puis surtout citer ici MM. Andral, Chomel, Cruveilhier et Louis, qui ne font le plus souvent qu'une ou deux saignées générales ou locales au début de la maladie. M. Forget saigne généralement un peu plus que ces messieurs, puisque, dans les cas graves, il a retiré, en moyenne par les saignées générales et locales, 1 kilogr. 93 grammes de sang, et qu'on peut évaluer à 843 grammes la quantité moyenne de sang extraite à chacun de ses malades. Mais quoique M. Forget admette que les saignées doivent faire la base du traitement des fièvres typhoïdes, il exige cependant qu'elles soient proportionnées à la violence de la maladie, à ses phases, à ses complications. Quoi qu'il en soit, il ne ressort pas des résultats obtenus par M. Forget, que la saignée employée comme il le fait ait de l'utilité, puisque la mortalité générale a été d'environ un sur quatre ; qu'elle a été un peu moindre de un sur trois chez ceux qui furent saignés, quoique dans beaucoup plus que la moitié des cas (70 contre 52) la maladie fût légère ou de moyenne intensité.

M. Bouillaud est, parmi les médecins modernes, celui qui use le plus largement de la saignée, puisqu'il retire quelquefois jusqu'à 2 kilogr. 1/2 de sang à ses malades. On sait aussi qu'à l'imitation de Chirac, il est dans l'habitude de faire les saignées à de courts intervalles qu'il détermine d'avance. Mais aujourd'hui le temps a fait justice de cette méthode, qui d'ailleurs n'a jamais trouvé que des incrédules et presque pas d'imitateurs. Les prétentions de M. Bouillaud ont été d'ailleurs justement appréciées par M. Louis dans la deuxième édition de ses *Recherches sur la fièvre typhoïde*. Ce médecin a prouvé, en effet, que loin de ne perdre qu'un

neuvième de ses malades, M. Bouillaud a, dans la fièvre typhoïde, une mortalité d'un sixième, résultat qui prouve d'ailleurs que si les saignées coup sur coup n'ont pas les avantages que leur avait assignés leur auteur, elles n'ont pas non plus la funeste influence qu'on serait tenté de leur attribuer de prime abord. M. Louis a en outre démontré d'une manière rigoureuse l'avantage des saignées médiocres; il a prouvé, en effet, que la saignée faite dans les dix premiers jours de la maladie, à la dose de 360 grammes, et répétée deux fois dans les cas graves, diminuait la mortalité et abrégeait la durée de la maladie. Cependant il faut bien se persuader que la saignée n'est pas indispensable; et qu'avant de la pratiquer il faut que l'état du pouls n'y mette point obstacle. La forme inflammatoire est celle qui permet d'employer le plus largement la méthode antiphlogistique. D'ailleurs, aucune des autres formes de la maladie ne contre-indique l'usage de la saignée, si l'état du pouls ne s'y oppose pas.

Il est généralement préférable de tirer le sang par une veine du bras; cependant, si le ventre, et surtout si la fosse iliaque était le siége d'une douleur vive, il serait convenable de faire une application de sangsues. Nous ne voyons aucune utillité de mettre celles-ci à l'anus; cette pratique aurait même des inconvénients dans beaucoup de cas. On a vu souvent, en effet, les piqûres de sangsues, irritées sans cesse par le contact des matières fécales et de l'urine lorsque les évacuations sont involontaires, s'irriter, se transformer en pustules douloureuses, puis s'ulcérer ou se gangrener.

Les émissions sanguines ne seront donc pratiquées que pour obéir à une indication précise. On devra toujours user de ce moyen avec prudence et réserve. Il est rare que l'état des forces permette de faire plus de deux saignées de 360 à 450 grammes chaque; il vaudrait beaucoup mieux, dans la fièvre typhoïde, tirer moins de sang qu'il ne convient, que de pécher par un excès contraire; cette excessive réserve est surtout commandée pour les enfants, chez lesquels il est très rare d'obtenir quelques bons effets de la saignée, qui paraît, au contraire, d'après les travaux de MM. Rilliet, Barthez et Taupin, avoir l'inconvénient d'aggraver les symptômes nerveux, de favoriser les complications en débilitant les malades. On devra donc s'abstenir généralement de ce moyen chez les enfants, n'y recourir que chez ceux qui sont robustes et dont la maladie n'a pas encore dépassé le dixième jour; on les emploiera surtout pour combattre le délire et la violence des coliques. Dans le premier cas, on mettra des sangsues derrière les apophyses mastoïdes; dans le second, on les placera sur le ventre. Leur nombre ne dépassera pas 4 ou 6 pour les enfants âgés de moins de cinq ans; on en posera de 6 à 15 chez les plus âgés. Enfin, on surveillera l'écoulement sanguin, dont la durée ne devra pas dépasser une heure.

Les malades devront boire la plus grande quantité possible de boissons douces et tempérantes, telles que des solutions de sirop de gomme, de guimauve, de capillaire, de groseilles, de cerises, de framboises, de la limonade, de l'orangeade, etc. ; une décoction d'orge, de chiendent, de mauve, etc., diversement édulcorée. Ces boissons seront données tièdes ou fraîches, suivant l'intensité de la soif. On joint avec avantage aux moyens précédents les fomentations ou mieux les cataplasmes émollients sur le ventre, les lavements de guimauve, et les bains tièdes. On retire surtout des effets avantageux de ces derniers quand la fièvre est violente et la chaleur vive et sèche ; ils ont souvent pour effet immédiat d'assouplir la peau et de diminuer sa température.

Médication contre-stimulante. — Dans l'histoire que je viens de tracer de la médication antiphlogistique, je n'ai rien dit, à dessein, de la méthode contre-stimulante par le tartre émétique, conseillée par Rasori, et dont il paraît avoir fait un heureux emploi pendant la fièvre pétéchiale de Gênes. Mais il est impossible de juger cette méthode d'après les vagues indications qu'on trouve dans l'ouvrage de Rasori, et personne après lui n'a, que je sache, suivi les mêmes errements. Je ne dirai rien non plus du sulfate de quinine, préconisé dans ces derniers temps, et qui, donné à haute dose, c'est-à-dire 2, 4 et même 6 grammes par jour, agit, ainsi que l'a prouvé Giacomini, comme un véritable contre-stimulant. Mais les faits publiés, tout en révélant certaines circonstances curieuses sous le point de vue physiologique, n'ont pas démontré que le remède fût certainement utile, et plusieurs fois il a paru, au contraire, être nuisible. Toutefois, il est quelques cas rares où le sulfate de quinine doit être administré, non à titre de contre-stimulant, mais seulement comme antipériodique, lorsque, par exemple, il y a des exacerbations régulières ; car alors le sulfate de quinine, donné à faible dose, comme 50 à 60 centigrammes, fait justice de la complication, mais sans entraver la marche de la maladie.

1° *Médication antiputride, antiseptique.* — Les médecins qui crurent que l'essence de la fièvre typhoïde consistait dans la putridité des humeurs, ceux qui, à l'exemple de Petit, regardaient la maladie comme étant *essentiellement et primitivement adynamique*, conseillaient à toutes les périodes une méthode de traitement tonique. Ils choisissaient toutes les substances auxquelles on attribue des vertus antiputrides : ainsi le quinquina, le camphre, le musc, les plantes aromatiques, le vin, l'alcool, les acides minéraux donnés à l'intérieur ou appliqués sous forme topique, furent les médicaments qui ont joui à cet égard de la plus grande faveur. Cette méthode, qui fut généralement suivie en France sous le règne de la nosographie philosophique, compte encore de nombreux prosélytes en Angleterre, en Italie et surtout en Allemagne,

mais elle ne mérite aucune espèce de confiance. Ainsi, sur quarante malades dont M. Andral a recueilli l'histoire et qui furent soumis au traitement dont je parle, il y en a vingt-six qui succombèrent. Quant aux quatorze individus qui guérirent, il n'y en a que trois chez lesquels les toniques ont été manifestement utiles, puisque l'amendement suivit de très près la médication; chez tous les autres, au contraire, on peut conserver quelques doutes sur l'efficacité du traitement, puisque l'amélioration a été lente et telle qu'elle eût été obtenue par la méthode simplement expectante (1). De pareils résultats doivent faire condamner à jamais la médication tonique, employée du moins comme *méthode exclusive*, dans le traitement de la fièvre typhoïde. Cependant on rencontre dans la pratique des cas assez nombreux dans lesquels les toniques sont utiles; mais il importe de bien préciser les circonstances qui sont favorables à leur action et celles qui en contre-indiquent l'emploi.

Les toniques et les excitants sont généralement nuisibles pendant les premières périodes de la maladie, lorsque la réaction fébrile est très forte, lorsque le pouls est fréquent et que la chaleur de la peau est âcre et sèche. S'il arrive que, dans des cas pareils, on administre les vins généreux ou le quinquina pour remédier à une adynamie profonde, il est rare qu'on en obtienne d'heureux effets; le plus souvent, les accidents continuent à s'aggraver, et si par extraordinaire une amélioration a lieu, elle est généralement si lente qu'on peut se demander s'il faut la rapporter à la médication tonique ou l'attribuer aux efforts de la nature.

Les circonstances qui sont les plus favorables à l'emploi des toniques sont, d'après MM. Chomel et Louis, une chaleur peu élevée de la peau, un pouls peu fréquent ou même lent, une diarrhée légère et pas de météorisme. Quand ces conditions existent, dit M. Louis, la faiblesse semble d'autant plus facile à surmonter qu'elle est plus considérable. Je n'ai rien à ajouter à ces remarques dont j'ai bien souvent vérifié toute la justesse. Les toniques les plus usités sont les vins généreux et le quinquina. Lorsque l'adynamie est médiocre ou qu'il y a du délire, on donnera de préférence les vins froids, tels que ceux de Bourgogne et de Bordeaux, mêlés aux boissons par quart, par tiers, par demi. Si l'adynamie est extrême, on y joindra l'usage des vins du Midi, tels que ceux de Madère, de Malaga, d'Alicante, de Bagnols, qu'on donne le plus souvent purs à la dose de 125 à 250 grammes. Le quinquina est un des toniques les plus puissants et dont on retire le plus d'avantage; on le prescrit communément, sous la forme d'extrait sec ou mou, à la dose de 1 à 8 grammes, et qu'on porte quelquefois jusqu'à 30 ou 60 grammes en potion et en lavement. D'autres fois le quinquina est prescrit en

(1) *Clinique médic.*, t. I, p. 668, 4e édit. Paris, 1839.

infusion, décoction, ou mieux encore en macération aqueuse qu'on édulcore avec le sirop de limon. On y joint souvent les lotions et fomentations vineuses ou avec l'eau-de-vie camphrée. Si la prostration était extrême, la peau froide, la vie près de s'éteindre, il faudrait alors ranimer le principe vital par des agents dont l'action est presque instantanée ; tels sont les préparations éthérées et le café. Dans tous les cas où l'emploi des toniques est indiqué, il faut procéder avec prudence et bien étudier leur action immédiate sur la circulation, la calorification et le tube digestif. Employés dans les circonstances que j'ai précisées et de la manière que j'ai dite, les toniques produisent souvent de véritables résurrections et ramènent à la vie des malades qui étaient auparavant dans un état désespéré.

Il faut encore classer dans la médication *antiputride* l'emploi des chlorures alcalins employés depuis la dose de quelques gouttes, jusqu'à celle de 8 ou 10 grammes dans les potions et les tisanes, ainsi qu'en lavements, en lotions ou en bains, et dans ce cas ils sont donnés à la dose de 60 à 120 grammes. On peut aussi entretenir une atmosphère de chlore autour du malade, en laissant sous le lit des chlorures ou en faisant des fumigations. Ce moyen, qui parut momentanément avoir quelque utilité dans les mains de M. Chomel, n'a pas justifié la confiance qu'il semblait d'abord mériter. Il est aujourd'hui à peu près généralement abandonné.

Médication évacuante. — Les anciens médecins ont, tour à tour, adopté et proscrit l'emploi des évacuants dans le traitement des fièvres continues, suivant les théories qu'ils se formaient sur la nature de la maladie. Quoique partisans des saignées, la plupart voulaient pourtant qu'on évacuât de temps en temps le tube digestif, pour le débarrasser des matières âcres et septiques qu'il contenait. Cette pratique fut généralement abandonnée sous le règne de la médecine physiologique, et même encore longtemps après. MM. Bretonneau et Lerminier, à Paris, qui, presque seuls, avaient conservé les anciennes traditions, n'avaient pu rassurer les médecins contre les dangers qu'on attribuait aux substances purgatives mises en contact avec les surfaces ulcérées des intestins. Mais dans ces derniers temps, M. Delarroque, médecin à l'hôpital Necker, a de nouveau préconisé l'emploi des évacuants ; il les donne dans toutes les formes et à toutes les périodes de la fièvre typhoïde, dans tout son cours, et jusqu'à complète convalescence. En général, M. Delarroque commence le traitement par un éméto-cathartique ; mais nous ne le croyons utile qu'autant qu'il existe des symptômes d'embarras gastrique. Les malades prennent tous les jours une bouteille d'eau de Sedlitz, ou 30 grammes d'huile de ricin, de crème de tartre, ou 2 grammes de calomel. Les douleurs de ventre, les coliques, la diarrhée, le météorisme, loin de contre-indiquer l'usage des

purgatifs, doivent, au contraire, engager à y recourir. Si, par extraordinaire, les purgatifs augmentaient les coliques, ou produisaient des superpurgations, on conseille d'en suspendre l'emploi pendant vingt-quatre heures. M. Delarroque joint à ces moyens l'usage de boissons douces, de cataplasmes sur le ventre et des toniques dès que la fièvre s'est amendée. En suivant le traitement dont je parle, M. Delarroque n'a perdu qu'un dixième de ses malades. Les faits rapportés par cet honorable médecin méritent toute confiance : aussi sa méthode a-t elle été essayée par beaucoup de praticiens à Paris, particulierement par MM. Honoré, Gueneau de Mussy, Brichetcau, Beau, Piédagnel, Jadioux, Andral, Louis, etc., et tous ont reconnu les bons effets de la médication évacuante. M. Louis, après avoir analysé les principaux modes de traitement suivis dans la fièvre typhoïde, est porté à regarder ces agents comme supérieurs aux autres moyens thérapeutiques. Non seulement, en effet, ils diminuent la mortalité, mais ils ont aussi pour résultat d'abréger la durée de la maladie. L'observation clinique m'a conduit aux mêmes résultats. Ainsi la fièvre typhoïde, *non épidémique*, traitée comme le conseille M. Delarroque, ne m'a donné dans ces quatre dernières années qu'une mortalité de près d'un septième, résultat bien favorable, si je le compare à la méthode de l'expectation, ou à la méthode dite rationnelle, par laquelle j'ai perdu un quart de mes malades. La médication évacuante a aussi pour effet de hâter le moment de la convalescence, que j'ai vu se déclarer, terme moyen, du vingtième au vingt-deuxième jour de la maladie. Il est incontestable aussi que nulle autre médication ne produit des soulagements aussi marqués et aussi rapides dans une maladie d'ailleurs contre laquelle la thérapeutique a si peu de prise, qu'on a pu dire d'elle, avec juste raison, qu'elle était *l'opprobre de l'art.* Enfin j'ai en outre constaté que par l'emploi des purgatifs, on ne favorisait le développement d'aucune des complications, et que deux des accidents les plus graves, savoir l'hémorrhagie et la perforation intestinale, étaient beaucoup plus rares que chez les malades soumis à d'autres traitements.

Les purgatifs, qui sont si utiles dans le traitement des fièvres typhoïdes de l'adulte, paraissent au contraire échouer, et peut-être même sont nuisibles chez les enfants. C'est ce qui semble du moins résulter des observations de MM. Barthez et Rilliet qui accusent les purgatifs de provoquer l'inflammation de l'intestin (accident inconnu chez l'adulte) et de n'exercer une influence manifeste soit sur aucun des symptômes en particulier, soit sur la durée et la terminaison de la maladie. Cependant cette question mérite d'être encore étudiée, d'autant plus que M. Taupin a reconnu, au contraire, au traitement évacuant, une véritable efficacité.

Dans ce livre, où je ne dois m'occuper que des points pratiques, je

ne rechercherai pas si les purgatifs sont utiles, en évacuant les impuretés, en favorisant la chute des escarres, en détergeant la surface des ulcérations. Je ne sais, en vérité, pourquoi et comment les purgatifs sont avantageux ; mais il suffit d'avoir démontré leurs avantages pour qu'ils soient adoptés désormais par les praticiens.

De ce qui précède on ne devrait pas conclure pourtant que je fais de la médication évacuante une méthode exclusive ; mais je soutiens qu'elle est généralement avantageuse, et j'ajoute que si on était condamné à suivre pour tous les malades un traitement uniforme, il faudrait adopter celui-là et le préférer sans hésiter à l'expectation, aux antiphlogistiques, et à la méthode dite rationnelle. Cependant les purgatifs peuvent être contre-indiqués : ils le sont, par exemple, quand les selles sont très fréquentes, lorsqu'il existe une hémorrhagie intestinale ou des signes de perforation. La médication évacuante n'exclut pas d'ailleurs, comme on l'a cru, l'emploi des saignées. Lorsqu'en effet le sujet est vigoureux, que le pouls est large et dur, il faut avant tout obéir à l'indication de tirer une ou deux fois du sang. Enfin les évacuants, qui sont généralement plus avantageux dans les formes bilieuse et adynamique que dans la forme ataxique, échouent quelquefois dans certaines constitutions épidémiques. C'est ce que j'observai pendant l'épidémie meurtrière de fièvre typhoïde qui régna à Paris dans les mois de juillet et d'août de l'année 1842. Je perdis alors par les purgatifs la moitié des malades que je traitai à l'Hôtel-Dieu ; mais il est juste de dire que les autres méthodes échouaient de même contre l'affection, qui était remarquable par la prédominance des symptômes ataxiques.

Traitement de quelques symptômes ou accidents particuliers, et des complications. — Il est quelques symptômes ou quelques accidents contre lesquels on peut diriger avec avantage certains moyens : ainsi,

1° Lorsque les parois de la bouche sont encroûtées de fuliginosités de manière à gêner la parole et la déglutition, on les humecte avec un linge ou un pinceau imprégné d'un liquide émollient, et on les détache ensuite.

2° Les signes d'*embarras gastriques* seront avantageusement combattus par un émético-cathartique.

3° Les purgatifs sont les meilleurs moyens pour combattre le météorisme. Nous prescrivons quelquefois aussi contre ce symptôme les frictions sur le ventre avec l'huile anisée ou de camomille, sans être pourtant encore bien édifié sur leur utilité. L'application de la glace sur l'abdomen nous paraît un moyen dangereux, et probablement sans efficacité. Enfin l'introduction de la sonde œsophagienne dans le rectum, qu'on a conseillée dans les cas graves, ne diminue presque jamais le météorisme.

4° La diarrhée ne doit pas être combattue, à moins qu'elle ne soit

excessive, ce qui est rare. Dans ce cas, on aurait recours aux boissons mucilagineuses et légèrement astringentes, aux lavements amidonnés ou rendus plus sédatifs par l'addition de quelques gouttes de laudanum.

5° Lorsque les signes de la perforation intestinale se déclarent, il faut que le malade reste immobile, qu'aucun poids ne pèse sur son ventre, qu'il soit privé de toute boisson; on n'étanche la soif qu'avec quelques tranches d'orange ou de citron; enfin on donne l'opium à haute dose. C'est-à-dire qu'on commence à faire prendre 10 centigrammes d'opium au malade, puis on lui administre d'heure en heure une pilule de 7 centigrammes jusqu'à effet narcotique; les malades peuvent prendre jusqu'à 10 ou 20 décigrammes d'extrait thébaïque sans éprouver même de la somnolence. Cette pratique a été mise en usage avec succès par les docteurs Graves et Stokes. Depuis cette époque, le docteur Griffin en Angleterre, MM. Chomel et Louis en France, paraissent avoir guéri chacun, par la même méthode, un malade qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, présenta tous les symptômes d'une perforation intestinale. Il convient donc, dans des cas pareils, de tenter la même médication, sans pourtant trop compter sur le succès.

5° *Hémorrhagies.* — Si, chose rare, les épistaxis étaient trop abondantes ou trop répétées, il faudrait, si elles résistaient à quelques applications froides, opérer le tamponnement.

Lorsqu'il y a hémorrhagie intestinale, il convient de suspendre les purgatifs; les malades boiront de la limonade sulfurique froide ou à la glace; on fera des applications froides; on donnera des lavements frais, et si l'hémorrhagie continuait, on aurait recours aux astringents, et surtout à l'extrait de ratanhia donné en potion et en lavement (2 à 8 grammes dans chaque).

6° *Accidents cérébraux.* — Parmi les accidents cérébraux, il n'y a guère que le *délire* contre lequel on dirige une médication spéciale. On emploie dans ce but les sangsues derrière les oreilles; cependant leur utilité est fort douteuse, la glace sur la tête a peut-être un effet sédatif plus marqué. Le professeur Graves, de Dublin, a vanté l'émétique à haute dose; mais cette médication n'a pas été suffisamment expérimentée. Quant aux vésicatoires qu'on met aux mollets ou aux cuisses, il est certain qu'ils ne concourent pas au rétablissement des fonctions cérébrales, et qu'ils sont impuissants pour relever les forces; comme d'ailleurs le vésicatoire est un moyen très douloureux, que souvent sa surface s'ulcère ou se sphacèle, il convient de le bannir tout-à-fait du traitement de la fièvre typhoïde.

Les symptômes ataxiques n'indiquent aucun traitement spécial. Les moyens à employer sont subordonnés à l'état général du sujet : ainsi, lorsque les accidents nerveux coïncident avec une vive réaction fébrile, avec un pouls large et dur, il faut saigner; si au contraire les symptômes

adynamiques prédominent, on donnera les toniques. Nous avons très rarement dans ce cas obtenu quelque résultat avantageux du camphre en lavement (4 à 8 grammes), du musc en potion (50 centigrammes à 1 gramme) ; toutefois nous continuons à donner ces remèdes plutôt pour l'acquit de notre conscience que dans l'espoir de modifier les accidents cérébraux. Nous en dirons autant des affusions froides, qui semblent parfois apporter un calme momentané et diminuer la température de la peau ; mais cet amendement, d'ailleurs peu marqué, n'a presque toujours qu'une durée éphémère. Quant aux irrigations continues d'eau froide sur la tête conseillées par M. Récamier, nous les regardons comme toujours inutiles, et souvent dangereuses.

7° *Accidents du côté des organes respiratoires.* — Pour éviter la stase sanguine qui tend à se faire vers les parties déclives, il importe de varier le décubitus le plus possible. Si la bronchite est générale et si elle s'accompagne de beaucoup de gêne dans la respiration, quelques doses d'émétique administrées de manière à provoquer des efforts de vomissement, une potion de kermès (de 30 à 75 centigrammes) et un large vésicatoire sur le sternum, m'ont paru les moyens les plus efficaces. Si une pneumonie se déclare, son traitement sera subordonné à l'état général du sujet, c'est-à-dire qu'on prescrira les sangsues ou les toniques, suivant les indications. J'ai en effet prouvé dans un autre ouvrage qu'il y avait souvent utilité à négliger la lésion locale, à ne pas s'en inquiéter, pour ne s'occuper que de l'état général (1).

8° *Rétention d'urine.* — Il faut souvent explorer la région hypogastrique par le palper et la percussion, et s'assurer que l'organe n'est pas distendu par l'urine. Dans le cas contraire, on se hâterait d'évacuer le liquide par le cathétérisme.

9° *Escarres.* — Pour prévenir ce grave accident, il faut changer souvent les malades de position, veiller à ce que la peau ne soit pas souillée par le contact des matières fécales; on lavera fréquemment les parties avec de l'eau aiguisée avec un peu d'eau-de-vie, ou avec du vin rouge. Si, malgré ces précautions, le sacrum s'excorie, on disposera le lit de manière à ce que les parties malades ne supportent plus la pression du corps, ou bien on se servira de coussins élastiques, ou d'un lit mécanique, suivant l'état de fortune des individus. L'escarre est lavée avec du vin aromatique et saupoudrée de quinquina ; lorsque les parties sphacélées sont éliminées, on panse la plaie avec du cérat, à moins que, prenant un aspect blafard, il ne convienne de faire des lotions stimulantes et des pansements avec du styrax ou un ongent détersif.

Convalescence. — Le traitement de la convalescence n'offre rien de

(1) *Traité pratique de la Pneumonie*, p. 730 et suiv.

spécial; seulement comme les malades éprouvent souvent un appétit vorace, et qu'il y aurait danger de le satisfaire, il importe de bien les surveiller.

On voit donc, d'après ce qui précède, que nous sommes partisans d'une médecine active dans le traitement des fièvres typhoïdes. Nous sommes convaincu qu'il est au pouvoir de notre art de diminuer la mortalité, et d'abréger la durée de la maladie. Mais tout en recommandant l'utile intervention de la médecine, nous ne sommes pas de ceux qui en exagèrent la puissance, et qui croient, par exemple, qu'on peut arrêter la maladie brusquement dans son cours, *la juguler*, pour me servir de la locution qui leur est familière. Pour nous, nous nions formellement leur succès, et nous soutenons que ces fièvres typhoïdes, qu'on a prétendu avoir été enlevées dans le premier septénaire, n'étaient autre chose que des *embarras gastriques* avec fièvre; et c'est sur une erreur de diagnostic que repose tout leur succès thérapeutique.

Nature de la maladie — Il ne s'agit point ici de vouloir pénétrer la nature intime de la fièvre typhoïde, la chose est actuellement impossible; nous voulons seulement essayer de déterminer si cette affection peut être rapprochée de quelque autre groupe de maladies, ou bien si on doit la considérer à part comme une espèce distincte.

La fièvre typhoïde est anatomiquement caractérisée par *une lésion constante de nature inflammatoire*, siégeant dans les follicules intestinaux et les ganglions mésentériques. Je dis que cette lésion est *constante*, quoique je n'ignore pas qu'on a cité quelques faits rares (deux au plus (1); et moi-même j'en ai recueilli deux autres, dans lesquels les malades ayant succombé après avoir présenté la *plupart* des symptômes de la fièvre typhoïde, on ne découvrit néanmoins à l'autopsie aucune des lésions intestinales qui la caractérisent. Doit-on en conclure, avec quelques auteurs éminents, et notamment avec M. Chomel, que l'altération des follicules n'est pas nécessaire pour caractériser la maladie; que celle-ci ne constitue qu'une lésion secondaire, et qui n'aurait dans l'affection typhoïde que la valeur que l'éruption de la peau a dans les fièvres éruptives? J'ai partagé longtemps cette opinion; mais les faits exceptionnels dont je parle sont tellement rares, et d'ailleurs les phénomènes qu'on a notés n'étant pas exactement tous ceux qu'on observe dans la véritable fièvre typhoïde, j'en ai conclu, avec M. Louis, qu'on devait les en distinguer, sous peine de commettre une erreur de diagnostic. On doit donc, jusqu'à nouvel ordre, considérer ces faits, très rares d'ailleurs, comme appartenant à une maladie non encore classée; car vouloir les ranger dans le groupe des fièvres typhoïdes, ce serait, comme le dit M. Valleix, avec tout aussi peu de fondement que si on

(1) Voir l'observ. 52, dans le *Traité de* M. Louis, et une observ. de M. Andral, *Clinique*, t. 1, p. 314, 3e édit.

prétendait classer parmi les hémorrhagies cérébrales une hémiplégie dans laquelle les symptômes ayant été ceux qui accompagnent ordinairement l'hémorrhagie, le cerveau aurait néanmoins été trouvé sain. Une circonstance qui a surtout contribué à faire élever quelques doutes sur la valeur de l'altération des glandes de Peyer, ce fut l'assertion des médecins de Londres, d'Edimbourg et de Dublin, qui prétendirent que l'altération des plaques intestinales manquait fréquemment chez les sujets de leur pays qui avaient présenté pendant la vie les symptômes de l'affection typhoïde. Mais aujourd'hui il est prouvé par les faits cliniques recueillis à Londres par notre ami Shattuck, de Boston, et analysés par M. Valleix, ainsi que par les travaux des docteurs Gerhard et Pennok, de Philadelphie, qu'il existe aux États-Unis et en Angleterre deux affections fébriles, confondues jusqu'ici sous le nom de typhus fever, mais réellement distinctes, et qui ne se ressemblent que par les phénomènes généraux : l'une, affectant les jeunes sujets, est la fièvre typhoïde telle que nous l'observons ici ; l'autre, commune à tous les âges (l'enfance exceptée), est une maladie distincte de la précédente : c'est le typhus fever que nous décrirons plus bas. Ainsi il reste prouvé qu'il ne peut y avoir de fièvre typhoïde sans la lésion des follicules intestinaux que j'ai précédemment fait connaître.

On s'est demandé si cette lésion était primitive, et constituait le point de départ de tous les symptômes réactionnels, comme on le voit dans la plupart des phlegmasies, ou bien si elle n'était que consécutive à un état général au même titre que l'éruption variolique, dont on l'a rapprochée. La première supposition paraîtra la plus probable, si on se rappelle que, dans la plupart des cas, les symptômes abdominaux (diarrhée et coliques) commencent avec la maladie elle-même, ce qui n'a pas généralement lieu dans les autres affections fébriles. D'ailleurs fût-il prouvé que, dans quelques cas, l'éruption intestinale est consécutive à la fièvre, il n'y aurait là rien de bien extraordinaire, puisqu'il en est souvent de même pour beaucoup de phlegmonies franches (pneumonie, érysipèle, angine).

La lésion intestinale constitue-t-elle toute la maladie ? La chose ne paraîtra pas probable, lorsqu'on saura que très fréquemment il n'y a aucun rapport entre la gravité des symptômes et l'étendue des lésions intestinales. Il y a d'ailleurs une foule de phénomènes morbides qui ne s'expliquent que par l'intervention d'une cause générale, soit qu'elle réside dans le système nerveux, et plutôt encore dans le sang. On a tour à tour comparé la fièvre typhoïde aux affections éruptives et aux inflammations franches ; mais si elle a quelques points de contact avec elles, elle a aussi beaucoup de dissemblances : aussi convient-il de considérer la fièvre typhoïde comme une maladie spéciale, et s'écartant de toutes les affections connues par plusieurs caractères fondamentaux. C'est

ce que M. Louis a parfaitement établi dans la dernière page de son livre.

1° L'affection typhoïde, dit-il, se rapproche des affections éruptives par sa faculté contagieuse, beaucoup moins développée pourtant que dans ces dernières, par l'immunité acquise au moyen d'une première attaque; elle s'en éloigne en ce qu'elle peut se développer spontanément; que la lésion qui lui est essentielle a plus de gravité généralement que celle qui caractérise les maladies éruptives. Ajoutons enfin qu'elle n'a pas dans sa marche la régularité, et dans ses diverses périodes la fixité que les fièvres éruptives présentent.

2° Elle se rapproche des maladies aiguës inflammatoires, dit encore M. Louis, parce que, dans la plupart des cas, les lésions et les symptômes locaux qui en dépendent, débutent avec les premiers accidents; que les phénomènes précurseurs sont l'exception et non la règle; que sa durée est indéterminée; qu'elle peut se développer spontanément sans le concours de la contagion; que les lésions qui la caractérisent, sous le rapport anatomique, sont constantes et graves. Elle s'éloigne de la plupart des phlegmasies aiguës par sa durée, généralement longue, parce qu'elle peut se propager par voie de contagion, et qu'elle n'atteint le même individu qu'une fois dans la vie, et, avant tout, par la composition du sang, dont la fibrine augmente toujours de quantité dans les cas de phlegmasie, tandis que dans ceux de fièvre typhoïde elle conserve sa moyenne normale et quelquefois même elle diminue.

3° Elle diffère de toutes les maladies aiguës inflammatoires, éruptives ou non, par le caractère et le nombre des symptômes qui lui appartiennent, symptômes qui ne diffèrent que par le degré dans les cas graves et dans les cas légers; par la double faculté qu'elle possède de pouvoir se développer spontanément et par contagion; par les limites de l'âge après lequel on ne l'observe plus, tandis que les autres affections aiguës ont lieu à toutes les époques de l'existence, bien que dans des proportions variées; par la constante régularité de la lésion qui lui est essentielle, et qui commence toujours par le même point, ce qui n'a pas lieu, au même degré, pour aucune autre affection; par le nombre de ses lésions, et surtout par sa tendance à l'ulcération. Je ne dirai pas par l'état des liquides, puisqu'il est démontré que l'altération du sang n'a rien de propre à l'affection typhoïde, au moins d'après les faits connus jusqu'ici. L'état du sang dans la dothinentérie se retrouve en effet le même dans les fièvres éruptives; mais, s'il n'a rien de caractéristique, il nous justifie du moins pour avoir rangé la fièvre typhoïde dans les pyrexies, et nullement, comme le font quelques personnes, dans les phlegmasies.

DU TYPHUS, OU PESTE D'EUROPE, COMPARÉ A LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

SYNONYMIE.—Fièvre pestilentielle, typhus contagieux; fièvre de Hongrie; des hôpitaux, des camps, des prisons; fièvre pétéchiale lenticulaire, etc.

La plupart des médecins modernes nomment *typhus* ou *peste d'Europe*, une maladie aiguë fébrile, essentiellement contagieuse, en général épidémique, qui offre pour principaux symptômes une céphalalgie avec de la prostration, de la stupeur et du délire, divers exanthèmes cutanés, et des signes de phlegmasie du côté de la muqueuse entéro-pulmonaire.

Historique. — Le typhus a certainement toujours existé; mais c'est surtout à dater du XVIe siècle qu'il a plus spécialement fixé l'attention des médecins. Depuis cette époque, on l'a presque constamment vu régner dans quelque province d'Europe, sévissant dans les prisons, dans les hôpitaux, sur les navires, dans les villes assiégées; il s'est presque toujours montré dans le cours ou à la suite des guerres, et spécialement pendant la glorieuse lutte que la France a soutenue pendant vingt-cinq ans contre l'Europe coalisée.

Les anciens médecins, et ceux même qui ont illustré les deux derniers siècles, tels que Sydenham, Cullen, Chirac, Stoll, regardaient le typhus comme n'étant qu'une variété de la fièvre putride ou maligne (fièvre typhoïde). Cependant, au commencement de ce siècle, J. Franck, et surtout Hildenbrand, ont considéré le typhus comme une maladie spéciale, et différant essentiellement des autres fièvres graves. Cette doctrine était généralement adopté, lorsqu'en 1834 M. Chomel, se fondant sur l'analogie qui existe entre les symptômes du typhus et ceux de la fièvre typhoïde, regarda comme une *chose probable* l'identité des deux maladies (1). Cette présomption du célèbre professeur est devenue une certitude depuis la publication du beau travail de M. Gaultier de Claubry, dans le t. 7, des Mémoires de l'Académie de médecine, et l'excellente relation qu'un habile médecin de Reims, M. Landouzy, a donnée de l'épidémie de typhus qui régna dans la prison de cette ville de 1839 à 1840 (2).

Comparaison du typhus et de la fièvre typhoïde. — Le typhus, comme la fièvre typhoïde, débute par une céphalalgie intense, par la stupeur et la prostration des forces; on observe dans l'un et dans l'autre, et à peu près au même degré, des bourdonnements d'oreilles, de la surdité et des épistaxis; ces derniers pourtant sont peut-être un peu moins fréquents dans le typhus. La somnolence, le coma

(1) *Clinique méd.*, t. I, p. 338. Paris, 1834.
(2) *Arch. gén. de Méd.*, 3e série, t. XIII, 1842.

et le délire sont des symptômes également communs aux deux maladies. Il paraît constant seulement que dans le typhus les troubles de l'intelligence se manifestent plus tôt que dans les fièvres typhoïdes. Dans l'un et dans l'autre encore, on constate une éruption de taches rosées lenticulaires, accompagnées ou non de pétéchies. La seule différence qui existe pour ce symptôme dans les deux maladies, c'est que dans le typhus l'éruption des taches lenticulaires se fait dès le quatrième jour, c'est-à-dire plus tôt que dans la fièvre typhoïde, où communément elle est moins abondante et moins générale. En outre, les pétéchies sont aussi rares dans la fièvre typhoïde que communes dans le typhus, tandis que l'inverse a lieu pour les sudamina. Dans les deux affections, la langue se sèche et brunit et les dents s'encroûtent de fuliginosités. Il y a de la soif, de l'anorexie et parfois des vomissements; mais les autres troubles des organes digestifs, comme les coliques, la diarrhée, le météorisme, le gargouillement dans la fosse iliaque, qui sont des phénomènes presque constants dans la fièvre typhoïde, manquent, au contraire, fréquemment dans le typhus. C'est ainsi que M. Landouzy ne les a point rencontrés dans l'épidémie de Reims : la diarrhée seule a été notée quatre fois, tandis que M. Gaultier de Claubry regarde ces symptômes comme ordinaires dans cette affection. Du côté des voies circulatoire et respiratoire, nous ne voyons, au contraire, aucune différence : ainsi c'est dans les deux affections le même appareil fébrile, le même râle sibilant, intense et généralisé; les poumons ont la même tendance à s'enflammer; toutefois la pneumonie est peut-être moins commune dans le typhus que dans la fièvre typhoïde; mais il faut l'attribuer, sans doute, à la marche plus rapide du premier, ce qui ne donne pas à certaines complications le temps de se développer. Il semble également constant que les hémorrhagies et les perforations intestinales, et peut-être aussi les escarres, sont des accidents moins communs dans le typhus que dans la fièvre typhoïde. D'après certains auteurs, il paraîtrait que dans le premier on observe assez souvent des parotides; toutefois, ce symptôme manque fréquemment; il n'est pas d'ailleurs spécial au typhus, car on l'observe quelquefois dans les fièvres typhoïdes ordinaires. Il en est de même d'une *odeur de souris* qu'exhalent les malades, caractère auquel M. Landouzy a attaché trop d'importance, puisqu'on la retrouve parfois aussi marquée dans les fièvres typhoïdes ou dans de simples affections cérébrales. Dans l'une comme dans l'autre, la marche peut être rapide ou lente; toutefois, il est vrai de dire que le typhus est généralement plus promptement funeste; ce qui ne peut constituer qu'une différence de degré ou d'intensité, dépendant probablement du caractère épidémique de la maladie dans le second cas, et des causes plus graves qui président à

son développement. Quant aux variétés, M. Gaultier de Claubry a encore prouvé que le typhus affecte les mêmes formes que la fièvre typhoïde; qu'il n'atteint guère que les jeunes sujets et que si on dit l'avoir vu *rarement* chez des individus ayant plus de cinquante-cinq ans, il n'est pas bien sûr qu'il n'y ait pas eu dans ces cas erreur de diagnostic. Le typhus, comme la fièvre typhoïde, ne récidive peut-être jamais. Enfin, l'un et l'autre sont contagieux. Si quelques incrédules peuvent encore nier la contagion de la fièvre typhoïde, il n'est aucun homme sensé qui doute de la contagion du typhus, pouvant s'effectuer par le contact, par l'air, par les effets et par les meubles.

Le travail de M. Gaultier de Claubry est surtout remarquable en ce qu'après avoir prouvé qu'il y avait analogie dans les symptômes des deux maladies, il a aussi démontré leur identité sous le rapport anatomique. En effet, sur *seize* auteurs qui nous ont laissé des descriptions sur les lésions cadavériques observées chez les sujets emportés par le typhus, il y en a *quinze* qui signalent une coloration rouge, livide, violette, des escarres et des ulcérations profondes, intéressant au moins deux des tuniques intestinales, et siégeant surtout au voisinage de la valvule iléo-cœcale. Deux auteurs au moins signalent aussi le gonflement et le ramollissement des ganglions mésentériques correspondants, ainsi que l'augmentation de volume et le ramollissement de la rate.

Les faits observés par M. Landouzy dans l'épidémie de Reims ont également démontré l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus sous le rapport anatomo-pathologique. Ainsi, dans les six nécropsies qu'il a faites, M. Landouzy a trouvé du côté des follicules intestinaux et des ganglions mésentériques toutes les lésions qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde, depuis le développement des plaques jusqu'à leur ulcération; la rate seule était peu ou point altérée; car si quatre fois sur six elle a paru un peu ramollie, son volume du moins n'était point augmenté. Enfin l'encéphale, le foie, les appareils respiratoire et circulatoire, offraient l'aspect et les altérations qu'on rencontre le plus communément dans la fièvre typhoïde. Ces faits sont précieux, et me semblent devoir résoudre la question d'identité des deux affections que nous comparons, identité qu'on pourrait contester en s'appuyant de la relation des typhus qui, il y a plusieurs années, ont régné dans les bagnes de Toulon et de Rochefort. Toutefois il n'est pas certain que dans ces épidémies les autopsies aient été faites convenablement. D'ailleurs, à supposer que les choses se soient passées comme on l'a dit, il n'en faudrait rien conclure contre l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde; mais il faudrait admettre comme probable que sous le nom de *typhus* on a confondu deux maladies graves, ayant de la ressemblance par les symptômes, mais différant par les lésions cadavériques, de même que nous avons

vu précédemment la plupart des médecins anglais réunir sous la dénomination de *typhus fever* deux maladies très distinctes.

En résumé, sous le rapport des lésions anatomiques, des symptômes, de la marche, des formes de la maladie, de la propriété contagieuse, de l'immunité des sujets après une première attaque, il y a identité complète entre le typhus et la fièvre typhoïde. Je répète qu'il n'y a entre les deux affections aucune différence capitale, mais seulement des nuances qui tiennent sans doute aux conditions fâcheuses dans lesquelles le typhus se développe. M. Landouzy a eu tort, suivant nous, et en présence des faits qu'il a si bien observés, de nier l'*identité* des deux maladies, de les croire seulement *analogues*. Une pareille opinion n'est point admissible; elle est d'ailleurs amplement réfutée par les observations mêmes de l'habile médecin champenois : les légères différences qu'il a signalées tiennent sans doute seulement au génie épidémique.

Si précédemment nous n'avons pu déterminer l'action d'aucune cause efficiente dans la production de la fièvre typhoïde, il n'en est plus de même pour le typhus, qui se développe partout où un grand nombre d'individus sains ou malades se trouvent entassés dans un lieu étroit, malsain, privé d'air, comme l'intérieur d'un navire (Rouppe), d'une caserne (Lœw, Pringle), d'une prison (Car. Smith, Odier), d'où la maladie peut ensuite se propager au-dehors. La contagion est d'ailleurs d'autant plus active que les individus sont dans des conditions hygiéniques plus fâcheuses : c'est ainsi que la misère, les privations, le découragement qui suit les défaites, la nostalgie, sont des causes prédisposantes très puissantes.

Tout ce que j'ai dit du traitement de la fièvre typhoïde devra également se rapporter au typhus. Il importe beaucoup de renouveler l'air fréquemment, de disséminer les malades le plus possible, de les isoler, pour prévenir la contagion. Enfin, d'après l'énumération que j'ai faite des causes qui engendrent le typhus, on comprend tout ce que le médecin doit faire pour en prévenir le développement.

DE LA FIÈVRE CONTINUE D'ANGLETERRE, OU DU TYPHUS FEVER.

Il règne endémiquement en Angleterre, et surtout en Irlande, une fièvre continue grave, rare dans l'enfance, mais pouvant affecter tous les autres âges de la vie, et qui est caractérisée par la céphalalgie au début, la prostration des forces, par divers troubles cérébraux, tels que le délire, l'insomnie ou la somnolence, par une éruption particulière à la surface de la peau, maladie qui, à l'ouverture des cadavres, ne se révèle par aucune lésion constante et caractéristique.

Cette affection, qu'on rencontre aussi quelquefois aux États-Unis, mais peut-être seulement à l'état épidémique, a été confondue, jusque

dans ces derniers temps, avec la fièvre typhoïde, non seulement par les médecins anglais, mais encore par nos compatriotes qui avaient eu l'occasion de l'observer dans les hôpitaux de la Grande-Bretagne. Cependant une observation plus rigoureuse n'a pas tardé à faire reconnaître que les médecins anglais confondaient sous la même dénomination de *typhus fever* ou *continued fever* deux maladies essentiellement distinctes par les symptômes, la marche, les lésions anatomiques et l'étiologie : l'une n'est autre que la fièvre typhoïde, ne différant en rien de celle que nous observons ici; l'autre, inconnue en France n'a aucun rapport avec la première, et c'est à elle seule qu'il faut réserver le nom de *typhus fever*. Cette distinction de deux maladies regardées jusqu'à ce jour comme identiques, a été parfaitement établie pour la première fois par le docteur Gerhard, dans la relation qu'il a donnée en 1837, dans *The American journal*, d'une épidémie de *typhus fever* qui régna l'année précédente à Philadelphie (1). Depuis lui, un médecin également distingué, notre ami Shattuck, de Boston, a recueilli pendant son séjour à Londres des observations précieuses, qui ont confirmé les résultats de son compatriote. Ces observations, réunies et commentées par le docteur Valleix, ont été l'objet d'un important travail, que cet habile confrère a inséré dans le tome V (3e série) des *Archives générales de médecine*. Les faits rapportés par les deux auteurs américains ont pour nous d'autant plus de valeur, que nous connaissons personnellement et avons été à même d'apprécier nous-même le talent d'observation de ces médecins distingués, qui, ayant d'ailleurs longtemps séjourné à Paris, ont appris à connaître notre fièvre typhoïde, qu'ils ont retrouvée avec les mêmes caractères anatomiques et symptomatiques en Angleterre, aussi bien que dans les États de l'Union.

Lésions cadavériques. — Chez les sujets qui succombent au *typhus fever*, on ne trouve dans les solides aucune altération constante; la lésion des follicules de Peyer et de Brunner et des ganglions mésentériques, qui forme le caractère anatomique de l'affection typhoïde, *manque constamment*. La membrane muqueuse gastro-intestinale est presque toujours intacte, et, comme M. Gerhard l'a notamment remarqué, la muqueuse de l'intestin grêle est moins souvent altérée qu'après toute autre maladie fébrile; la rate elle-même, généralement saine, parfois ramollie, est plus rarement augmentée de volume, et quand ces lésions existent, elles ne sont jamais comparables à celles qu'on rencontre vers le même viscère dans les cas de fièvre typhoïde. Les autres organes ne présentent rien de remarquable.

Symptômes. — Les malades éprouvent, au début, de la céphalalgie, de la courbature, des frissons et de la fièvre; leurs forces sont prostrées,

(1) Traduit par le docteur Bell, dans le journal *l'Expérience*, 1re année, p. 241 et 305.

ils tombent dans l'abattement ; les troubles des organes des sens, tels que les vertiges, les bourdonnements d'oreilles et la surdité, sont très variables, car tantôt ils manquent ou sont à peine marqués, comme dans les faits rapportés par M. Shattuck, tandis que d'autres fois, ainsi que M. Gerhard l'a vu, ils sont même plus intenses que dans la fièvre typhoïde. Tous les malades sont tourmentés par l'insomnie, et présentent quelque trouble de l'intelligence ; chez la plupart c'est un délire tranquille, quelques uns sont très agités, d'autres tombent dans un état de somnolence, de coma ; leur figure exprime le plus souvent la stupeur. La face est violacée ; le tremblement général et les soubresauts des tendons sont des symptômes également ordinaires, surtout dans la forme épidémique de la maladie. La langue est presque toujours, dès le début, rouge, sèche, noirâtre, fendillée, et les dents sont encroûtées de fuliginosités ; la soif est vive, l'appétit nul ; le ventre est généralement souple, sans météorisme ni douleur ; les vomissements sont rares ainsi que le gargouillement ; la diarrhée, quoique fréquente, ne se montre pas ordinairement dans les premiers temps, à moins qu'on ne la provoque par l'administration des purgatifs. La respiration est parfois accélérée ; quelques malades toussent, mais il est rare d'observer le râle sibilant, qui est si commun dans le cours de la dothinentérie ; cependant, de même que dans cette dernière affection, surtout pendant l'hiver, on voit assez souvent les poumons s'engouer ou se spléniser à leur partie postérieure. Un symptôme qu'on doit regarder comme constant, puisqu'on l'a retrouvé jusqu'à présent chez tous les sujets chez lesquels on l'a recherché avec soin, consiste dans une éruption de taches nombreuses, disposées par groupes irréguliers, à la surface du corps, sur le tronc comme sur les membres ; elles sont arrondies, d'une grandeur variant entre celle d'une tête d'épingle et celle d'un petit pois, violettes ou d'un rouge foncé ; elles n'offrent aucun relief au-dessus de la peau, ne disparaissent pas ou s'effacent très peu sous la pression du doigt. Cette éruption, qui, comme on le voit, n'a aucune ressemblance avec celle de la fièvre typhoïde, apparaît, d'après M. Gerhard, du sixième au huitième jour, et cesse rarement avant le vingtième ; souvent elle se prolonge jusqu'au vingt-cinquième ou trente et unième jour de la maladie. Il existe rarement des sudamina. Le sang tiré des veines n'est point couenneux ; le caillot est mou, foncé, et à une époque avancée de la maladie, il devient diffluent : il est très probable alors que la proportion de fibrine doit avoir beaucoup diminué.

La maladie a une marche continue, offrant le plus souvent des exacerbations nocturnes. Elle se termine communément au bout de trois septénaires, tantôt un peu plus tôt, souvent plus tard, comme trente jours par exemple.

Diagnostic. — On ne comprend vraiment pas comment le typhus

fever a pu être si longtemps confondu avec la dothinentérie ; car, dans le premier, on trouve une éruption particulière, très remarquable et bien différente des taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde. En outre, les symptômes abdominaux, qui, dans cette dernière, sont des phénomènes prédominants, et surviennent dès le début, manquent plus ou moins complétement dans la fièvre continue d'Angleterre. Il en est à peu près de même des accidents thoraciques, et peut-être du trouble des sens, et surtout des épistaxis, qui manquent plus souvent, ou sont moins marqués dans celle-ci que dans notre fièvre typhoïde. Enfin, il nous a semblé que, dans le typhus fever, il y avait beaucoup moins de tendance à la production des escarres, et surtout des ulcérations, qui sont si communes dans le cours des fièvres typhoïdes. En Amérique, le typhus fever pourrait être confondu avec la fièvre rémittente-automnale ; toutefois on verra bientôt que celle-ci, par sa marche, son mode de terminaison et les circonstances dans lesquelles elle se déclare se fera aisément distinguer de la première.

Pronostic. — Le typhus fever paraît avoir la même gravité que la fièvre typhoïde.

Étiologie. — A l'exception de l'enfance, tous les âges sont à peu près également exposés à contracter le typhus fever, et c'est encore là un caractère distinctif de cette maladie d'avec la fièvre typhoïde. Le sexe ne constitue point une prédisposition à la maladie. Celle-ci affecte surtout les individus de la classe pauvre adonnés à l'ivrognerie. L'acclimatement paraît être ici sans influence. Le typhus fever est essentiellement contagieux.

Traitement. — D'après M. Gerhard, la saignée générale ne convient que dans quelques cas exceptionnels, tandis que la saignée locale, consistant surtout en ventouses à la nuque, est très utile pour combattre les congestions céphaliques ; il en est de même des sinapismes. Si la chaleur de la peau est forte, on la modérera par des lotions fraîches et des bains ; on donnera des boissons tempérantes gazeuses ; et quand les forces déclinent, on les remplace par les toniques et les cordiaux. Les émétiques et les purgatifs, utiles quand l'indication de leur emploi est bien précise, paraissent sans avantage à M. Gerhard comme méthode générale de traitement.

Conclusions. — Le typhus fever est, à proprement parler, une fièvre essentielle dans toute la rigueur du mot ; c'est une maladie distincte de la fièvre typhoïde. On ne saurait donc, désormais, regarder ces maladies comme identiques, et s'autoriser de l'absence des lésions intestinales de la première pour contester la valeur de celles qui forment le caractère anatomique de la seconde. Enfin le typhus fever s'éloigne de toutes les maladies aiguës fébriles par l'absence d'une lésion constante d'un caractère anatomique quelconque, et parce que dans son cours il

n'y a nulle proportion entre le mouvement fébrile et la fréquence des lésions secondaires.

DE LA FIÈVRE BILIEUSE DES PAYS CHAUDS.

La fièvre bilieuse des climats chauds, aussi nommée *fièvre rémittente bilieuse* ou grande *endémique des pays intertropicaux*, est une des maladies les plus communes et aussi l'une des plus meurtrières de ces contrées. On l'observe surtout dans la presqu'île du Gange, dans les provinces sud des États-Unis et sur la côte d'Afrique ; en Europe, sur le littoral de l'Italie et de l'Espagne, d'où lui vient la dénomination de *fièvre méditerranée* que quelques médecins anglais lui ont imposée. Le *kausos* d'Hippocrate est peut-être, d'après M. Littré, une fièvre rémittente bilieuse.

Symptômes.—La fièvre bilieuse offre plusieurs degrés ; elle ressemble quelquefois par ses symptômes et son peu de gravité à l'embarras gastrique fébrile de ce climat ; elle présente néanmoins cette particularité que la sécrétion biliaire est plus activée. Si, en effet, dans notre embarras gastrique on observe plutôt de simples nausées que des vomissements, si les vomissements sont rares et peu copieux, si la diarrhée est un symptôme beaucoup moins commun que la constipation, si la coloration jaune de la peau ne consiste qu'en une suffusion très légère et presque toujours circonscrite à quelques points de la face, il n'en est plus exactement de même pour la forme bénigne de la fièvre bilieuse des pays intertropicaux. Là en effet, la supersécrétion de la bile est un phénomène très marqué : ainsi la coloration jaune de la peau est plus générale et plus intense, les selles sont diarrhéiques et ne contiennent que de la bile verte, les vomissements sont plus fréquents et plus abondants.

Dans la forme plus grave (et c'est elle surtout qu'on prétend désigner quand on parle de la fièvre bilieuse) la maladie se déclare brusquement ou après quelques jours d'indisposition. Les individus sont alors accablés, ont des douleurs dans les lombes, ils ont perdu l'appétit, ont des alternatives de froid et de chaud. A ces symptômes succèdent bientôt une chaleur ardente par tout le corps, un pouls fréquent, une céphalalgie frontale ou sus-orbitaire souvent intense, une gêne extrême à travers la poitrine, une souffrance plus ou moins vive et une tension plus ou moins pénible à l'épigastre et aux hypochondres, spécialement à droite. La langue est couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre, il existe communément de la soif, des vomissements fréquents d'une bile verte et filante et rendue parfois en quantité énorme. Il y a tantôt de la constipation, tantôt une diarrhée bilieuse avec ou sans coliques ; une teinte ictérique plus ou moins marquée est répandue sur tout le corps ou occupe seulement le visage et surtout les conjonctives. Les facultés intellec-

tuelles sont souvent intactes, mais dans beaucoup de cas il existe du coma, de la somnolence et surtout du délire; dans certaines épidémies, ce symptôme est prédominant et se déclare avec beaucoup de violence dès le début. Ces accidents s'accroissent rarement d'une manière continue; dans la plupart des cas, après avoir persisté avec violence, ils s'amendent pendant quelques heures : cette rémission est marquée par une sueur copieuse ou simplement de la moiteur. Les paroxysmes sont ordinairement quotidiens, doubles quotidiens ou tierces, ils ont rarement un autre type. Mais souvent, à mesure que la maladie se prolonge, les rémissions sont de moins en moins marquées; la langue alors se sèche et brunit; le pouls s'accélère encore, devient inégal, intermittent; les vomissements se rapprochent; il y a des soubresauts des tendons, du délire ou du coma, et la mort arrive quelquefois avant la fin du premier septénaire, mais plus souvent dans le cours du second.

N'ayant jamais observé cette maladie, j'ai essayé d'en donner une idée exacte d'après les descriptions des auteurs anglais. Toutefois, quand on a parcouru quelques relations d'épidémie de fièvre bilieuse, on reconnaît, avec M. Littré, qu'il est difficile de tracer un tableau un peu complet de l'affection, tant la constitution, le climat, la saison, impriment de changements à sa physionomie.

Diagnostic. — La fièvre bilieuse paraît être d'un diagnostic généralement facile; cependant, dans les pays où elle règne simultanément avec la fièvre jaune, on éprouve parfois beaucoup de peine à la distinguer de cette dernière (voir *Fièvre jaune*). Elle a aussi quelques points de contact avec la forme bilieuse de la fièvre rémittente; voilà pourquoi quelques auteurs ont regardé ces trois affections (fièvre bilieuse, fièvre jaune et fièvre rémittente) comme ne constituant que des degrés ou des variétés d'une seule et même maladie. On pense bien que, n'ayant aucune expérience personnelle à cet égard, il nous est impossible de dire si cette opinion est bien fondée.

Pronostic. — La fièvre bilieuse est une maladie très grave, et qui fait un grand nombre de victimes parmi les Européens qui arrivent dans les Indes. Elle paraît néanmoins être moins meurtrière que la fièvre jaune.

Étiologie. — Une haute température réunie à l'humidité sont les deux conditions qui développent la fièvre bilieuse et la rendent endémique dans plusieurs contrées, et notamment dans le Gange. Elle paraît affecter surtout les étrangers.

Traitement. — Les purgatifs forment la base du traitement; les plus usités sont un mélange de jalap en poudre et de calomel. On donne aussi ce dernier, seul, jusqu'à ce qu'il excite le ptyalisme; les vomitifs sont d'un usage moins général. Il en est de même de la saignée par la lancette, que beaucoup blâment, que tous conseillent de faire avec grande

prudence, et en choisissant le moment le plus violent du paroxysme. Les saignées locales faites à l'épigastre et à l'hypochondre paraissent être assez généralement utiles; les boissons fraîches, délayantes et les bains doivent compléter le traitement. Quelques uns y joignent les diaphorétiques; mais on blâme généralement leur emploi. Les toniques ne sont indiqués qu'à la période où la prostration est grande.

Nature. — Nous ne possédons aucun renseignement précis sur les altérations qu'on trouve sur le cadavre de ceux qui succombent à la fièvre bilieuse : on parle de congestion et même d'inflammation du foie, de l'estomac, des conduits biliaires et de la veine porte; mais rien n'est plus vaguement indiqué. Il reste donc à déterminer si la fièvre bilieuse a, comme la fièvre rémittente et la fièvre jaune, une lésion plus ou moins constante. Mais, sans vouloir rien préjuger à cet égard, et à quelque résultat d'ailleurs qu'on soit conduit par une observation ultérieure, nous croyons pouvoir admettre dès à présent, que la fièvre bilieuse a une existence réelle, et qu'elle dépend d'une cause générale, comme le prouvent la multiplicité et la gravité des accidents qui la caractérisent. *A priori*, on ne saurait la considérer ni comme une gastrite ni comme une hépatite, car ces maladies, étudiées dans les mêmes climats, ont d'autres symptômes et une marche différente. D'ailleurs nous croyons que les inflammations et toutes les autres altérations qu'on peut observer sont secondaires, ou n'ont que la valeur que nous attribuons ici aux lésions intestinales dans les cas de fièvres graves. En raison de son caractère rémittent, on pourrait être tenté de considérer la fièvre bilieuse comme étant de même nature que la fièvre intermittente; mais d'une part la rémittence n'est pas un caractère constant, et de plus il est reconnu de chacun que le quinquina est constamment nuisible.

DE LA FIÈVRE JAUNE.

Synonymie. — Fièvre de Siam; fièvre ictérique, maligne, matelotte; — gastro-hépatique; — putride continue; typhus d'Amerique ou ictérique ou bilieux; vomito nigro, vomito prieto des Espagnols, etc., etc.

Définition. — La fièvre jaune est une maladie propre aux climats chauds, régnant ordinairement épidémiquement; elle est spécialement caractérisée par une couleur jaune de la peau et par des vomissements noirs.

Historique. — La fièvre jaune a été complétement inconnue des anciens; les premières notions que nous possédons sur cette redoutable maladie sont postérieures à la découverte du continent américain. Vaguement signalée lors du second voyage de Christophe Colomb (en 1493), elle fut longtemps confondue avec les autres maladies pestilentielles; et ce ne fut guère que vers le milieu du XVIIe siècle

que les descriptions qu'on en donna eurent quelque précision. M. Moreau de Jonnès a calculé qu'en moins de quatre siècles on avait compté au moins deux cent soixante-quatorze grandes épidémies de fièvre jaune. Je mentionnerai entre autres celle qui, en 1793, sévit dans l'Amérique du Nord, et spécialement à Philadelphie ; celles de Cadix, en 1800 et 1803 ; celle de Saint-Domingue, en 1802, si meurtrière pour nos soldats ; enfin, les épidémies de Barcelone, en 1821, et de Gibraltar, en 1828, sur lesquelles nous possédons les relations les plus complètes, et qui toutes ont été illustrées par le courage et le dévouement des médecins français. Parmi les nombreux travaux que nous devons à nos compatriotes, nous citerons surtout ceux de Devèse, de Dalmas, d'Audouard, de Bailly, François et Pariset, les recherches de M. Louis, publiées d'abord en Amérique, par Shattuck, et insérées récemment dans le t. 2 des Mémoires de la Société médicale d'observation, enfin les documents de M. Chervin, relatifs surtout à l'étiologie et au mode de transmission de la maladie.

Anatomie pathologique. — L'état extérieur des cadavres est remarquable par une coloration jaune, particulièrement visible aux joues, aux aisselles et aux aines ; on aperçoit aussi très souvent des pétéchies et de larges ecchymoses. Le système nerveux et les organes contenus dans la poitrine ne sont, en général, le siége d'aucune altération. Cependant M. Louis a fréquemment trouvé, pendant l'épidémie de Gibraltar, une exhalation sanguine dans le parenchyme pulmonaire, et plusieurs fois même de véritables noyaux apoplectiques. Mais les lésions principales ou caractéristiques se remarquent du côté des viscères abdominaux. Ainsi, l'estomac plus ou moins distendu contient une quantité variable de sang. Ce liquide est tantôt pur ; le plus souvent il est brunâtre, noir, floconneux, plus ou moins altéré et d'une odeur aigrelette. M. Louis a trouvé du sang dans l'estomac chez les trois quarts environ des sujets. La muqueuse est parfois imprégnée de ce liquide et ecchymosée ; elle peut être injectée, ramollie, épaissie, ulcérée, mais le plus souvent elle est intacte, et dans le cas où elle est enflammée, cette lésion n'est jamais ni très intense ni très étendue. Dans l'intestin grêle et le gros intestin, on retrouve encore de la matière noire ; M. Louis l'a vue chez les deux tiers ; la muqueuse est aussi quelquefois ramollie ; mais cette lésion est loin d'être constante, et dans les cas où elle existe, elle ne diffère pas de ce qu'on voit chez les sujets emportés par les autres maladies aiguës. Le foie est l'organe qui éprouve les changements les plus remarquables. Quelques auteurs avaient déjà noté que ce viscère acquérait assez souvent une teinte jaune ; mais c'est M. Louis qui, dans sa relation de l'épidémie de Gibraltar, a fait surtout connaître les altérations dont le foie était le siége chez les sujets emportés par la fièvre jaune. L'habile observateur dont je parle a trouvé que, chez tous les cadavres, le foie

était plus ou moins décoloré, et offrait une teinte tantôt beurre frais, paille, café au lait, tantôt une teinte jaune, gomme-gutte ou couleur de moutarde, tantôt enfin une couleur orange et pistache. Cette décoloration était presque toujours générale, mais elle n'était pas exactement la même dans toute l'étendue de l'organe; elle coïncidait constamment avec un état d'*anémie* du foie. Cet organe contenait beaucoup moins de sang que d'ordinaire: aussi sa coupe était sèche et d'un aspect aride; le tissu avait en général sa consistance normale. Cette altération n'avait aucun rapport avec l'état du duodénum. Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de déterminer quelle est la nature et la cause de l'altération si remarquable du foie que je viens de décrire; mais tout semble prouver à M. Louis qu'elle doit être considérée comme constituant le caractère anatomique de la fièvre jaune. Les observations de M. Louis ont été confirmées à la Martinique par le docteur Dutrouleau, médecin distingué de la marine, qui n'a pas vu l'altération du foie manquer une fois sur plus de cent autopsies. Mais M. Rufz, qui observait précisément dans la même épidémie (de 1839 à 1841), dit, au contraire, avoir trouvé le foie intact une fois sur trois. S'il en était ainsi, si l'altération de foie manquait dans une aussi forte proportion, si elle était subordonnée au génie épidémique de la maladie, il ne faudrait pas la regarder comme constituant le caractère anatomique essentiel de l'affection, mais comme étant seulement une lésion concomitante très fréquente.

Symptômes. 1° *Début.* — En général, la fièvre jaune débute brusquement au milieu des occupations ordinaires de la vie, et au moment où l'on s'y attend le moins. Les malades éprouvent une céphalalgie plus ou moins intense, accompagnée de frissons, de douleurs contusives dans les membres et le dos. La chaleur succède bientôt aux frissons, la figure s'injecte, les yeux deviennent rouges et larmoyants, la soif est vive, il y a de l'anorexie, et parfois une douleur notable à l'épigastre. Les symptômes qui succèdent, varient; mais, pour procéder avec méthode, il importe de distinguer à la maladie deux périodes.

Première période. Les symptômes précédents persistent et s'accroissent pour la plupart. Bientôt les malades accusent une douleur épigastrique plus ou moins vive, s'accompagnant de nausées, de vomissements blanchâtres et qui sont provoqués par l'ingestion des boissons. La langue est humide et limoneuse; il y a de la constipation; le sommeil est nul; beaucoup de malades sont agités, et éprouvent une vive anxiété. Dans d'autres cas, il y a de la stupeur, une somnolence habituelle; les réponses sont lentes et pénibles; la langue et la lèvre inférieure sont tremblantes. Le pouls, plein, régulier, est médiocrement accéléré, quelquefois même sa fréquence est moindre que dans l'état

normal ; la chaleur de la peau est presque toujours faible ; les téguments de la poitrine sont souvent injectés.

Seconde période. — Elle commence vers le quatrième jour ; à l'injection des téguments succède une teinte jaunâtre de ces parties ; bientôt des épistaxis ont lieu ; les vomissements deviennent plus fréquents, et pour la première fois les matières qui sont rejetées sont en partie ou en totalité noirâtres, semblables à de la suie ou à du marc de café ; elles ont un goût âcre qui brûle à la gorge ; les selles sont également noirâtres. Le malaise et l'anxiété redoublent ; parfois il y a des hoquets ; les forces se prostrent ; la chaleur diminue ; l'urine n'est plus excrétée ; des pétéchies, des ecchymoses, des plaques gangréneuses se montrent dans différents points du corps, et la mort arrive au milieu de ce cortége de symptômes effrayants : tel est le tableau de la maladie. Cependant il importe de savoir que dans quelques épidémies certains autres symptôme sont été observés et prédominent : ainsi on a noté, tantôt un délire violent, tantôt une chaleur brûlante ; d'autres fois une soif inextinguible ; ou bien, comme cela eut lieu dans l'épidémie de Gibraltar, que M. Louis a décrite, les forces sont généralement peu prostrées, de sorte que beaucoup de malades continuent à se lever et meurent pour ainsi dire sur pied.

Parmi les symptômes que je viens de décrire, on notera spécialement l'état d'anxiété, le ralentissement du pouls, la coloration jaune et les hémorrhagies, surtout celles qui ont lieu par l'estomac. Cependant il ne faudrait pas regarder, avec quelques personnes, les vomissements noirs comme un symptôme essentiel de la maladie, puisque M. Louis les a vus manquer chez le tiers des sujets qui succombèrent ; mais les vomissements, abstraction faite des matières expulsées, sont un symptôme plus fréquent dans la fièvre jaune que dans aucune autre maladie aiguë, les affections de l'estomac étant exceptées.

Marche. — D'après la description qui précède, on voit que la fièvre jaune a une marche régulière et continue ; cependant dans quelques épidémies on a noté des rémissions parfaitement caractérisées. On observe le plus souvent une simple rémittence ; le type intermittent est beaucoup plus rare, et on ne le remarque guère qu'au début. Dans certains cas, on voit assez fréquemment la transformation des différents types entre eux : c'est ce que MM. Chambolle et Chervin ont noté maintefois à la Pointe-à-Pitre. Les rémissions surviennent spécialement au début et à la fin des épidémies.

Durée. — La durée de la fièvre jaune est de cinq à dix jours dans les cas graves ; elle est moindre si la maladie est bénigne.

Terminaisons. — La terminaison par la mort est annoncée par l'accroissement des symptômes graves que j'ai énumérés plus haut ; mais parfois aussi on voit les malades succomber après une amélioration appa-

rente; d'autres enfin meurent rapidement et d'une manière inattendue.

Lorsque la maladie a une heureuse issue, on voit les symptômes généraux et locaux cesser de s'accroître, ou perdre de leur intensité à une époque plus ou moins éloignée du début. Terme moyen, vers le cinquième jour la chaleur et la douleur épigastriques diminuent; le pouls reprend sa fréquence; la peau s'humecte, et l'appétit renaît avec les forces.

La convalescence est presque toujours longue, pénible, eu égard surtout au peu de durée de la maladie; il s'écoule en général plusieurs semaines avant le rétablissement des forces. Des rechutes peuvent avoir lieu, le plus souvent elles sont provoquées par quelque écart de régime; toutefois elles sont assez rares.

Une première attaque de fièvre jaune ne préserve certainement pas d'une seconde; cependant il résulte aujourd'hui des documents et des faits nombreux particulièrement recueillis par M. Louis à Gibraltar, et par M. Dutrouleau à la Martinique, que la fièvre jaune est moins sujette à récidive que la variole elle-même, et qu'un individu qui en a été atteint, même au plus faible degré, en est, sauf quelques rares exceptions, préservé pour toujours.

Diagnostic. — Le diagnostic de la fièvre jaune ne présente généralement aucune difficulté. On ne pourra, à cause de l'ictère, confondre la maladie avec une hépatite, dans laquelle le volume du foie est augmenté et dans laquelle aussi une douleur plus ou moins vive existe dans l'hypochondre. Dans cette dernière affection, les symptômes généraux sont moins graves et la marche est moins rapide. On verra également plus tard qu'il est impossible de confondre la fièvre jaune avec la gastrite simple. On dit que le typhus d'Amérique a beaucoup de rapports avec la fièvre bilieuse des pays chauds; plusieurs auteurs pensent même que ces deux maladies sont identiques, et ne diffèrent entre elles que par leur degré d'intensité : cependant dans la fièvre bilieuse l'ictère n'est jamais aussi marqué que dans la fièvre jaune; on n'observe jamais dans la première les vomissements noirs qui sont un phénomène prédominant dans la seconde. Toutefois il paraît que dans les pays où les deux maladies sont endémiques, les hommes les plus habiles sont souvent embarrassés pour établir une ligne de démarcation entre elles. Voilà pourquoi quelques uns les considèrent comme constituant des degrés ou des variétés d'une même affection.

Il serait impossible de confondre la fièvre jaune avec un accès de fièvre intermittente pernicieuse franche; cependant il paraît que, dans quelques cas, il est difficile de distinguer la fièvre jaune de certaines fièvres rémittentes ou sub-continues des pays chauds. Cette distinction, d'ailleurs, est d'autant plus difficile, que, dans beaucoup d'épidémies, ces deux affections coexistent manifestement ensemble, et quelquefois même on peut suivre aisément la transition ou la transformation des

fièvres intermittentes en rémittentes, puis en continues, avec les symptômes ordinaires de la fièvre jaune. Toutefois disons par anticipation que dans la fièvre rémittente il n'y a pas de coloration jaune des téguments, que les vomissements sont bilieux, mais jamais noirâtres. La douleur et la tension des hypochondres, le refroidissement et l'état cyanique des extrémités, la rapidité avec laquelle la langue se dessèche et brunit, sont des caractères qui n'appartiennent pas à la fièvre jaune, et qui, au contraire, accompagnent la fièvre rémittente. Enfin, dans les temps d'épidémies, on pourra s'aider, pour établir le diagnostic, de l'ouverture des cadavres.

Pronostic. — La fièvre jaune est presque aussi meurtrière que la peste; mais la mortalité varie beaucoup dans les différentes épidémies, et pour chacune d'elles, suivant l'époque où on l'observe. En général, cette mortalité varie d'un tiers à un sixième. Presque tous les auteurs sont unanimes pour regarder la maladie comme étant plus grave chez les hommes que chez les femmes (à part pourtant les femmes grosses), plus grave aussi chez les adultes que chez les enfants, chez les sujets robustes et pléthoriques que chez ceux dont la constitution est moins forte. Elle est aussi incomparablement plus meurtrière chez les étrangers que sur les gens du pays. M. Rufz rapporte que sur dix-huit créoles qu'il a traités dans les dernières épidémies de la Martinique, il n'en a perdu que deux, tandis que la mortalité générale des malades traités à l'hôpital de la marine aurait été de un sur cinq, d'après le docteur Dutrouleau. Une habitation étroite, des chagrins, un corps épuisé par les privations et les fatigues, enfin une saison humide et chaude, sont tout autant de circonstances qui influent sur la terminaison fâcheuse de la maladie.

Les symptômes qui doivent être regardés comme étant d'un sinistre présage sont les ecchymoses, les pétéchies, la gangrène, les hémorrhagies, les vomissements noirs, la suppression de l'urine, le coma, les syncopes, le refroidissement du corps, la prostration extrême; enfin beaucoup d'auteurs ont signalé l'ictère qui apparaissait de bonne heure comme étant d'un fâcheux augure.

Etiologie. — Dans l'étiologie de la fièvre jaune nous devons étudier: 1° les causes qui président à son développement primitif; 2° son mode de propagation.

La plupart des auteurs modernes, et surtout les médecins américains, admettent que deux causes sont *indispensables* pour la production de la fièvre jaune. Ces causes sont une grande élévation de température et un foyer d'infection, c'est-à-dire un centre de putréfaction produit par la décomposition des matières végétales et animales: aussi, disent-ils, est-ce spécialement sur les bords de la mer, des lacs et des grands fleuves que la fièvre jaune se montre. Nul doute que ces deux causes ne pro-

duisent le développement, et ne favorisent aussi la propagation du typhus d'Amérique ; des faits nombreux l'ont prouvé. C'est ainsi que trop souvent on a vu des navires naviguant en pleine mer, dans les latitudes où la fièvre jaune a coutume de régner, et dans lesquelles un foyer d'infection s'était accidentellement développé, être tout-à-coup envahis par la maladie. Cependant, ces faits ne sauraient nous autoriser à regarder avec M. Chervin les deux causes dont je parle comme *essentielles*, et à croire qu'aucune épidémie de fièvre jaune ne saurait exister sans leur concours. Car, d'une part, il est des pays, tels que certaines provinces des Indes orientales, où se trouvent réunies au plus haut degré les causes d'insalubrité qu'on regarde comme engendrant la fièvre jaune; et cependant ce fléau a toujours respecté ces contrées, ou bien il y est à peine endémique; et, d'autre part, on cite divers pays sur le sol desquels on ne trouve aucun foyer d'infection, bien que la fièvre jaune s'y développe souvent ; telles sont entre autres les îles Bermudes dans l'Amérique septentrionale. Enfin, il y a des contrées où ces causes sont permanentes, bien que la maladie ne s'y montre qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. Il faut donc admettre que la cause intime du typhus d'Amérique nous est encore à peu près inconnue.

Quoi qu'il en soit, la fièvre jaune est une maladie propre aux climats chauds, on ne l'a jamais observée au-delà du 48e degré de latitude. L'élévation du sol a une influence non moins remarquable sur son développement, puisqu'elle cesse d'exister dans les pays situés à plus de 2,000 mètres au-dessus du niveau de la mer. Elle sévit surtout dans les îles et le continent américain, dans quelques parties de l'Afrique, comme le Sénégal, et parfois dans le midi de l'Europe, surtout en Espagne. Là où la fièvre jaune est endémique, on la voit régner souvent toute l'année ; la maladie n'atteint guère que les étrangers non encore acclimatés. Les indigènes n'en sont point pourtant à l'abri, mais ils y sont moins prédisposés. Les individus nouvellement débarqués sont d'autant plus aptes à contracter l'affection qu'ils arrivent d'un pays plus froid. Si la maladie se déclare dans des régions plus tempérées, en Europe par exemple, elle ne règne guère que pendant les saisons d'été et d'automne, et frappe indistinctement les indigènes et les étrangers, à part peut-être ceux qui sont récemment arrivés des pays tropicaux. Toutes choses égales, d'ailleurs, la fièvre jaune fait plus de victimes chez les blancs que dans la race nègre. Le sexe masculin, l'âge adulte, la constitution forte et pléthorique, le régime exclusivement animal, l'usage des spiritueux, les fatigues et les émotions morales, sont tout autant de causes qui prédisposent à la maladie.

Le mode de transmission de la fièvre jaune est un point sur lequel on a beaucoup discuté depuis quarante ans. Aujourd'hui les médecins sont

encore divisés en deux camps : les uns soutiennent que la maladie est contagieuse, les autres, en plus grand nombre, et en tête desquels se place surtout M. Chervin, prétendent qu'elle ne peut jamais se propager par voie de contagion, que par conséquent elle n'a pu être importée des Antilles dans notre Europe. Enfin ils disent que, née sous l'influence de causes tout-à-fait locales, elle vit et meurt dans le foyer plus ou moins circonscrit qui l'a vue naître. Une observation souvent répétée a prouvé, en effet, que dans le pays où la fièvre jaune est endémique la maladie reste bornée au littoral et s'étend rarement dans l'intérieur des terres. Un individu qui quitte le foyer d'infection ne la transporte pas avec lui; s'il en a rapporté le germe, il peut périr plus ou moins loin du centre de l'épidémie, mais il ne communique pas la maladie aux personnes qui l'entourent et le soignent; en un mot, il paraît prouvé que les malades en sortant de la sphère du foyer ne peuvent l'agrandir, l'étendre au loin; ils ne peuvent enfin développer par eux-mêmes un nouveau foyer d'infection indépendamment de toute influence locale. C'est là le fait capital et qui semblerait démontrer que la fièvre jaune n'est point réellement contagieuse, car on ne saurait accepter comme preuve de contagion, les faits (presque les seuls que citent les contagionistes), d'individus qui *vivant dans le foyer d'infection*, ou y étant venus accidentellement et y ayant eu des rapports avec des sujets affectés, ont été ensuite atteints de la maladie. Comme si dans ces cas il n'était pas plus probable que la fièvre jaune était survenue par le fait seul de l'infection des lieux, plutôt que de croire qu'elle a pu être transmise par le contact immédiat! S'ensuit-il de là que la fièvre jaune ne puisse jamais être contagieuse? J'avoue que n'ayant jamais étudié la maladie par moi-même, et encore un peu ébranlé par quelques faits favorables à la contagion qu'on trouve dans les auteurs, je n'oserais dire, avec une certitude absolue et une sécurité entière, que la fièvre jaune n'est contagieuse dans aucun cas. Mais lorsqu'on a étudié avec soin et une complète indépendance les faits allégués par les infectionistes et leurs adversaires, on reste convaincu que la contagion n'est pas le *mode ordinaire* de propagation de la maladie.

Traitement. — Le traitement de la fièvre jaune se divise en traitement curatif et en traitement prophylactique.

1° *Traitement curatif.* — Un grand nombre de moyens ont été préconisés contre la fièvre jaune; mais jusqu'à présent on n'a pu trouver un agent spécifique ou une méthode uniforme de traitement. Les saignées, les vomitifs, les purgatifs, le mercure, l'opium, le quinquina, les sudorifiques, les bains chauds et froids, les bains de vapeur, la glace, les frictions huileuses, etc., sont tout autant de moyens qui peuvent être utiles dans certains cas.

Ainsi lorsque la fièvre jaune attaque des sujets robustes, et qu'elle

s'accompagne d'une vive réaction inflammatoire, il convient de recourir promptement à la saignée générale. Il est des auteurs qui conseillent même de la répéter plusieurs fois, surtout dans les premiers jours de la maladie. D'autres médecins, qui ont pratiqué aux Antilles et en Europe, ont blâmé l'emploi de la saignée comme produisant la prostration, ou comme rendant les convalescences interminables; mais nous croyons que ces auteurs se sont trop hâtés de poser des règles générales à l'occasion d'une seule épidémie qu'ils ont décrite. Pour nous, nous devons admettre que, suivant le génie de la constitution épidémique, on devra saigner peu ou beaucoup, sans qu'il soit possible d'établir à ce sujet aucune règle fixe. Dans tous les cas, la saignée générale est préférable aux saignées locales, celles-ci devenant quelquefois l'occasion de gangrène, ou bien d'hémorrhagies difficiles à arrêter.

Dans les commencements de la maladie, les boissons douces, acidules ou gazeuses seront données en abondance; on plongera les malades dans des bains frais ou tièdes, et on fera sur la surface du corps des lotions vinaigrées ou avec du jus de citron. On a conseillé de combattre les symptômes gastriques par l'emploi des vomitifs; mais ces médicaments peuvent être nuisibles, et il faut user de la plus grande réserve dans leur emploi. Il n'en est pas de même des laxatifs; ceux-ci ont, au contraire, de l'utilité. On donne surtout l'huile de ricin, la pulpe de tamarin, la manne, le calomel, ou des purgatifs salins.

Dans la deuxième période de la maladie, lorsque la jaunisse, les vomissements noirs et la prostration surviennent, l'indication capitale qui se présente est de soutenir les forces; c'est dans ce but qu'on administre le quinquina, le vin, les aromatiques. Si des accidents nerveux se déclarent, on leur oppose les antispasmodiques, tels que le camphre, le musc, le castoréum. On a encore conseillé alors de promener à la surface du corps des sinapismes et des vésicatoires; mais il serait imprudent d'employer les exutoires, et même les simples rubéfiants, toutes les fois qu'il y a tendance à la gangrène, ou que des hémorrhagies ont lieu.

Les vomissements étant un symptôme très pénible, on a conseillé de les calmer par l'usage de l'opium, de l'éther, de l'eau de menthe, de la potion de Rivière, et en appliquant un vésicatoire à l'épigastre; mais ces moyens ne paraissent pas très utiles. Peut-être obtiendrait-on plus d'avantage de l'emploi des boissons acidules et glacées prises en très petite quantité à la fois, et qui auraient aussi pour effet de modérer les hémorrhagies qui se font par les organes digestifs.

Le quinquina est, après les sangsues, le moyen dont on a peut-être le plus abusé dans le traitement de la fièvre jaune. Sous le règne de la doctrine de Brown, les médecins français, anglais, et surtout les espagnols, prescrivaient, dès le début, des doses énormes de quinquina,

jusqu'à 250 grammes (8 onces) en trente-six heures; plus tard on a donné préférablement le sulfate de quinine. Mais si ces médicaments ont été manifestement utiles dans certaines épidémies, cela n'a eu lieu que momentanément, et l'expérience a prouvé qu'on ne pouvait en faire une méthode de traitement applicable à la généralité des cas. Aujourd'hui, l'élite des médecins qui pratiquent dans les pays où la fièvre jaune sévit est à peu près unanime pour réserver l'emploi du quinquina ou du sulfate de quinine pour les deux indications suivantes, qui sont : 1° de relever les forces quand elles sont trop prostrées; 2° de combattre les symptômes de périodicité quand ils existent.

Traitement prophylactique. — Le seul moyen de se préserver de la fièvre jaune, c'est de fuir les foyers d'infection et d'aller habiter des lieux salubres, élevés et bien ventilés. Les personnes qui par état et par devoir sont obligées de vivre dans le centre de l'épidémie, ne devront point s'écarter des règles d'une bonne hygiène; mais elles n'accorderont aucune confiance aux saignées, aux exutoires, aux purgatifs, aux émétiques, moyens qu'on a voulu regarder comme prophylactiques, et qui, par le trouble qu'ils occasionnent, sont plutôt capables de favoriser le développement de la maladie.

Les contagionistes, dans le but de nous préserver de l'importation de la fièvre jaune, ordonnent les quarantaines et l'observation de toutes les lois de police médicale qui sont en vigueur contre la peste. Mais nous croyons qu'on pourrait sans danger se relâcher d'une sévérité qui n'est plus justifiée aujourd'hui. Nous ne conseillons pas pourtant de négliger toute espèce de précaution et d'admettre en libre pratique, aussitôt après leur arrivée dans nos ports, les navires qui viennent des pays infectés par la fièvre jaune; mais nous pensons qu'il suffirait dans ces cas de déplacer l'équipage pendant quelques jours, de ventiler les navires, d'exposer les marchandises sur des chantiers vastes et bien aérés avant de les livrer au commerce. Si une rue est infectée, forcez les habitants à l'abandonner; faites-en de même pour un quartier et pour une ville. Si c'est impraticable, conseillez au moins l'émigration à une partie des habitants. Ces moyens ont suffi plusieurs fois aux États-Unis pour anéantir rapidement une épidémie de fièvre jaune.

Nature de la maladie. — Les recherches d'anatomie pathologique empêchent d'admettre que la fièvre jaune soit une gastrite, ou, comme le voulait Tomassini, une inflammation hépato-gastrique; car les altérations de l'estomac ne sont point constantes. Si le foie est toujours affecté d'une certaine manière, cette altération ne peut rendre compte du mouvement fébrile ni des autres symptômes graves et n'explique pas non plus la mort. Nous croyons donc que, dans la fièvre jaune, il existe une cause plus générale. Nous regardons la maladie comme produite par un empoisonnement miasmatique, par une infection du sang,

et l'on s'explique aisément alors la réaction vive de l'organisme, les perturbations nerveuses, les symptômes de décomposition générale, les hémorrhagies qui ont lieu par diverses voies et même l'ictère.

Doit-on, ainsi que le fait M. Chervin, regarder la fièvre jaune comme étant par sa nature identique avec la fièvre intermittente? Faut-il considérer la première comme étant le degré le plus élevé des accidents que les effluves marécageux peuvent produire? C'est une question qu'il nous est impossible de résoudre. Disons toutefois que les raisons que donne M. Chervin pour défendre son opinion ne sont pas très concluantes, et, dans tout ce qu'il dit, on trouve bien moins de preuves que de simples assertions. Si nous osions nous fier aux impressions que nous avons reçues des lectures que nous avons faites, nous conclurions tout autrement que M. Chervin; car, quoi qu'il en dise, nous ne trouvons dans la fièvre intermittente et la fièvre jaune non seulement nulle identité, mais même nulle analogie dans les lésions cadavériques et dans les symptômes. Le quinquina, si efficace contre les accès périodiques, échoue presque toujours dans la fièvre jaune. Enfin, si celle-ci se voit souvent dans les pays marécageux, il est avéré néanmoins que son intensité et sa fréquence ne sont pas en rapport constant avec l'insalubrité du lieu, et que le contraire se voit dans les fièvres d'accès. Enfin nous avons vu que la fièvre jaune pouvait régner épidémiquement et endémiquement dans des lieux salubres, chose qui n'arrive jamais pour les fièvres intermittentes. Nous ne contestons pas cependant qu'on ne voie quelquefois des symptômes intermittents avec la fièvre jaune; nous reconnaissons même volontiers que la fièvre jaune peut commencer ou se juger par des accès périodiques. Mais que conclure de cela, si ce n'est que les deux maladies dans quelques cas peuvent se compliquer, et que les caractères de l'une peuvent s'effacer par la prédominance de l'autre. C'est ce qu'on rencontre pour une foule d'autres affections.

DE LA PESTE.

Synonymie. — *Pestilentia*, *lues*, *contagium*, *morbus contagiosus*; fièvre du Levant, typhus d'Orient, fièvre adéno-nerveuse, etc.

Définition. — La peste est une maladie aiguë, ordinairement épidémique, qui, indépendamment des phénomènes qui lui sont communs avec les autres maladies pestilentielles, présente en outre pour symptômes particuliers des bubons, des anthrax, des charbons et des pétéchies gangréneuses.

Historique et bibliographie. — Les livres sacrés, les auteurs grecs et latins font mention d'un grand nombre d'épidémies meurtrières qu'on rapporte généralement à la peste, mais dont il est impossible pourtant de bien fixer la nature, puisqu'elles ont été décrites presque uniquement

par des historiens ou par des poëtes. Ce n'est qu'à dater du milieu du VIe siècle qu'on a possédé quelques renseignements précis; depuis cette époque jusqu'à nos jours, on a observé un nombre presque infini d'épidémies dans toutes les provinces de l'ancien continent; mais les plus générales et les plus meurtrières sont celles qui ont régné aux XVe, XVIe et XVIIe siècles; la peste noire du XIVe fut celle qui exerça les plus affreux ravages.

La peste a été l'objet d'une foule de travaux importants parmi lesquels se distinguent surtout celui de Diemerbroek, qui décrivit la peste de Nimègue; de Bertrand, qui fut le meilleur historien de l'épidémie de Marseille, de 1720; ceux de Mertens et de Samoïlowitz, qui ont traité de la peste qui, en 1771, ravagea Moscou. Desgenettes a donné aussi, dans sa relation médicale de la campagne d'Orient, une description curieuse de la peste de l'an VII (1798). Enfin plus récemment plusieurs de nos compatriotes ayant observé les dernières épidémies qui ont ravagé l'Égypte, ont publié sur elles des documents précieux. On consultera surtout avec fruit les livres de MM. Bulard, Clot-Bey, Aubert, et le mémoire lu par l'honorable docteur Lachèse à l'Académie de médecine.

Anatomie pathologique. — Les anciens ne nous avaient rien appris de positif sur les lésions qu'on trouve chez les sujets emportés par la peste. Cette lacune importante vient d'être comblée par les médecins français qui ont observé les différentes épidémies qui ont régné de 1833 à 1838 en Égypte, à Smyrne et à Constantinople. Bulard est celui qui a tracé avec le plus de soin le tableau des altérations cadavériques, et c'est à l'ouvrage qu'il a publié que j'emprunte la plupart des détails qui vont suivre.

L'habitude extérieure des cadavres ne présente de remarquable que la persistance des pétéchies observées pendant la vie, et l'affaissement des bubons et des charbons. En général, il y a peu de roideur cadavérique, et le système nerveux n'offre d'autre altération qu'un léger piqueté et une diminution de consistance; les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang; les ganglions et les plexus du trisplanchnique sont parfaitement intacts; l'appareil respiratoire est rarement enflammé. Le cœur, souvent ramolli, est généralement distendu par du sang noir caillebotté ou fluide et d'un aspect vineux. L'appareil digestif est généralement friable; l'estomac contient souvent un liquide noirâtre, mélanique, et sa surface interne est le plus communément recouverte de pétéchies parfois confluentes, semblables à celles de la peau. Lorsque la mort est arrivée à une période avancée de la maladie, on trouve quelquefois des ulcérations linéaires, livides ou noirâtres situées entre les replis de la muqueuse et n'intéressant que l'épaisseur de cette membrane; ces ulcérations n'existent jamais dans l'intestin grêle, qui est aussi moins sou-

vent ramolli et ecchymosé ; le gros intestin n'offre qu'une distension gazeuse ; les follicules de Brunner et de Peyer sont sains. Le foie est gorgé de sang noir et fluide ; il n'offre en général rien de notable dans sa couleur, son volume et sa consistance ; la rate, au contraire, a acquis un volume trois ou quatre fois plus considérable ; son tissu, gorgé de sang noir, est friable et se réduit à la moindre pression en un détritus putrilagineux. Les reins, souvent ecchymosés à leur surface, ont presque toujours le double ou le triple de leur volume normal ; ils sont gorgés de sang.

On voit par ce qui précède que les viscères ne sont pas, comme les anciens l'avaient dit, le siége fréquent de gangrène et de charbons. M. Bulard paraît pourtant avoir observé cette dernière lésion sur le foie de quatre pestiférés. Mais l'altération la plus profonde, la moins connue, bien qu'elle soit presque constante, c'est celle qu'on rencontre du côté du système lymphatique.

Nous verrons bientôt que des tumeurs particulières, nommées bubons, se développent pendant la vie dans plusieurs endroits du corps, et spécialement dans les aines et les aisselles. Ces tumeurs siègent dans les ganglions lymphatiques. Ceux-ci ont acquis un volume qui varie depuis celui d'une pistache jusqu'à celui d'un œuf d'oie ; ils ont une coloration grisâtre, café au lait, livide ou noire ; leur consistance peut égaler celle du squirrhe, ou bien leur mollesse est telle qu'on les réduit en putrilage à la moindre pression. Lorsque les bubons occupent une des régions inguinales, les ganglions abdominaux qui s'étendent de l'arcade crurale au plexus solaire, participent à la même altération. Ils ne forment plus entre eux qu'une masse compacte, bosselée, tandis qu'une exhalation sanguine infiltre les mailles du tissu cellulaire ambiant et reflète une couleur violacée ou noire à travers le péritoine. Si les bubons siègent dans l'aisselle, les ganglions abdominaux sont intacts, tandis que ceux de la région axillaire sont volumineux, noirs et friables. On y rencontre aussi des épanchements sanguins, et ces diverses altérations se propagent sous la plèvre, dans la poitrine, en suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques jusqu'au canal thoracique, ou de la grande veine lymphatique suivant le côté malade. Les vaisseaux lymphatiques ne semblent pas participer à l'altération des ganglions ; ceux-ci ne sont jamais altérés que dans quelques points isolés, mais jamais dans toutes les régions à la fois. Bulard regarde les différentes lésions des ganglions que nous venons de décrire et qu'un habile médecin, M. Lachèze, a également toujours reconnues, comme constituant la lésion essentielle et primitive de la maladie. Cependant toutes les altérations dont je viens de parler ne sont pas constantes, car il n'est pas rare de rencontrer des cadavres de pestiférés à l'ouverture desquels on ne peut constater aucune lésion matérielle des solides.

Symptomatologie. — En général, la peste débute sans être précédée de prodromes. Les malades éprouvent tout-à-coup une lassitude extrême, des frissons irréguliers, une céphalalgie plus ou moins vive, avec vertiges, étourdissements. La maladie date à peine de quelques heures que déjà la prostration est extrême ; la station et la marche sont impossibles ; la figure exprime l'abattement ou la stupeur ; les malades sont tourmentés tantôt par une insomnie opiniâtre, d'autres tombent dans le coma, quelques uns ont des songes effrayants, des visions ; enfin, il en est qui sont agités par un délire paisible ou furieux, comme on l'observa communément dans la peste de Digne, en 1629. Le pouls est en général fréquent, petit, misérable ; le sang tiré par la phlébotomie, d'un rouge obscur, assez dense, ne se recouvre jamais de couenne (Bulard et Lachèse) ; la peau est chaude et sèche, et la respiration accélérée. La langue est humide et blanche, la soif nulle ou inextinguible. Il y a des vomissements ou de simples régurgitations de matières aqueuses, ou bien jaunes, vertes, et quelquefois sanguinolentes : tantôt il y a de la constipation, tantôt, au contraire, les malades ont des selles fétides, jaunes, noires. L'urine varie beaucoup dans sa couleur et sa quantité. Mais indépendamment des symptômes qui précèdent, on voit, à une époque indéterminée de la maladie, apparaître dans divers points du corps, des bubons, des anthrax, des charbons et plusieurs exanthèmes.

1° *Bubons.* — Le bubon pestilentiel est une tumeur ronde ou oblongue, lisse ou bosselée, rouge, violacée, ou sans changement de couleur à la peau, d'un volume variant depuis celui d'une amande jusqu'à celui d'un gros œuf. Ces tumeurs sont parfois indolentes, mais le plus souvent elles sont le siége de douleurs plus ou moins vives. Les bubons sont formés par les ganglions lymphatiques ; on les observe le plus souvent dans le pli de l'aine, un peu moins fréquemment dans le creux de l'aisselle, plus rarement encore dans les régions cervicale et parotidienne ; enfin, les bubons du creux poplité sont les moins communs. En général, on les rencontre isolément dans l'une des régions que je viens de nommer ; quelquefois on en voit se développer dans plusieurs points à la fois, mais il n'y en a jamais dans les lieux privés de ganglions lymphatiques. Leur nombre varie de 1 à 4 chez le même individu ; leur développement est en général rapide : quelques uns arrivent promptement à maturité, et laissent échapper quand on les ouvre un pus sanieux ; d'autres sont à peine développés qu'ils disparaissent ; enfin, il en est qui restent stationnaires.

2° L'anthrax de la peste a la forme d'une tache rouge, très douloureuse, ayant 3 ou 4 doigts d'étendue, occupant le dos, les épaules ou les aines, se terminant par résolution ou par gangrène.

3° Le *charbon*, que la commission médicale du Caire a proposé avec

raison de nommer *pustule gangréneuse*, est formé par une ou plusieurs vésicules ou pustules entourées d'une auréole rouge, remplies d'une sérosité brune ou noirâtre, qui, après avoir atteint le volume d'une aveline, se déchirent et laissent à nu une surface complétement gangrenée. La mortification fait bientôt de nouveaux progrès, et pénètre plus ou moins profondément; si la gangrène se limite, l'escarre finit par se détacher. Les charbons pestilentiels se développent ordinairement au tronc ou aux membres, parfois aux parties génitales, sur le cuir chevelu ou à la face; on en a vu jusque sur des bubons (Chénot). Il y en a rarement moins de 3, et leur nombre ne dépasse guère 12.

4° *Exanthèmes, éruptions*, etc. — Enfin, la peau peut présenter encore des plaques érysipélateuses, mais surtout des pétéchies discrètes ou confluentes, rosées, violettes ou noires, et ayant de 1 à 5 millimètres de diamètre.

Ces quatre symptômes, bubons, anthrax, charbons et pétéchies, peuvent exister simultanément ou isolément. Les premiers sont ceux qui manquent le plus rarement; on les voit dans quelques cas bénins constituer à eux seuls presque toute la maladie, et n'être point accompagnés du mouvement fébrile, ou du moins celui-ci est léger, et n'a qu'une courte durée. Mais, le plus ordinairement, des symptômes généraux fort graves coïncident avec le développement des lésions que nous venons de décrire. Ainsi les traits sont décomposés; il y a des soubresauts des tendons, et parfois des mouvements convulsifs; la voix est altérée ou éteinte, les sens sont abolis ou pervertis, la langue est sèche et couverte de fuliginosités; il y a des hoquets, de la dyspnée; le pouls est inégal, irrégulier, insensible; il y a des syncopes; le sang s'échappe par diverses voies; toutes les excrétions exhalent une grande fétidité; c'est au milieu de ces symptômes graves que la mort a lieu.

Marche. — En général, la peste a une marche toujours ascendante, et on observe rarement dans son cours des rémissions et des exacerbations alternatives.

Durée, terminaison. — La durée moyenne de la maladie varie entre cinq et huit jours; d'autres fois la vie se prolonge jusqu'à la fin du deuxième septénaire, tandis que dans quelques épidémies, telles que celle de Marseille en 1720, beaucoup de malades succombent au bout de vingt-quatre ou trente heures. Enfin on a dit que la peste pouvait frapper comme la foudre, et tuer subitement des individus qui jouissaient en apparence de la meilleure santé; mais ce fait est loin d'être encore prouvé. Lorsque la maladie a une heureuse issue, les symptômes graves s'amendent peu à peu: s'il y a eu gangrène quelque part, l'escarre est éliminé, les bubons se résolvent ou suppurent, et, dans ce cas, le pus est généralement de bonne nature. Le petit nombre des malades qui échappent à l'affection reprennent lentement leurs forces, leur intelli-

gence est affaiblie, quelques uns restent languissants, ou privés de l'usage d'un sens, d'un ou plusieurs membres.

Formes. — Les auteurs ont distingué plusieurs formes de peste. Ils ont décrit une peste inflammatoire, gastrique, nerveuse, putride, suivant que les phénomènes inflammatoires, nerveux, etc., prédominaient. Mais ces distinctions sont peu importantes, et il suffit, pour la pratique, de reconnaître qu'il y a une forme *bénigne* et une forme grave ou *maligne*.

En général, la peste n'attaque qu'une seule fois la même personne; cependant on observe de nombreuses exceptions à cette règle; ainsi on a vu quelquefois un même individu être atteint plusieurs fois de l'affection dans le cours d'une seule épidémie; pendant la dernière peste de Marseille, Bertrand contracta jusqu'à trois fois la maladie.

Diagnostic. — Il importe que chaque médecin soit bien fixé sur les symptômes diagnostiques de cette terrible affection, car de cette connaissance pourra dépendre souvent le salut de provinces entières. Chose remarquable, dans presque toutes les épidémies qui ont eu lieu, la nature de la maladie fut méconnue dans les commencements; et cette erreur a été commise par des médecins d'un grand mérite, et en particulier par N. Massa, J. Mercurialis, Chicoineau et Verney. D'autres fois, on a annoncé comme pestilentielles des maladies qui n'avaient pas ce caractère, erreur non moins funeste que la première qui a jeté tout un pays dans la consternation, et causé le plus grand dommage à la fortune privée et publique.

Quoiqu'il n'y ait aucun symptôme qui soit pathognomonique de la peste, cependant il y a une réunion de caractères qui font aisément distinguer cette maladie de toutes celles avec lesquelles elle peut avoir quelque ressemblance. Ainsi, une maladie fébrile débutant en général brusquement, sévissant sur un grand nombre d'individus à la fois, et qui, au milieu de symptômes typhoïdes graves, s'accompagne de bubons, d'anthrax, de pustules gangréneuses, ne peut être que la peste. Si la maladie mal caractérisée d'abord, on avait quelque incertitude sur sa nature, il faudrait, comme le conseille M. Chomel (1), isoler les malades, ainsi que les personnes qui les soignent, et toutes celles qui dans le même lieu offriraient des symptômes suspects: on concilierait ainsi tous les intérêts.

Pronostic. — La peste est le plus terrible des fléaux qui puissent affliger l'espèce humaine; elle enlève quelquefois la moitié des habitants d'un pays, elle interrompt le commerce et tous les rapports sociaux; elle expose souvent celui qu'elle épargne à toutes les horreurs de la misère et de la famine. La mortalité varie dans les différentes épidémies, et ne sau-

(1) *Traité des Fièvres*, p. 497.

rait être calculée. Il paraît, toutes choses égales d'ailleurs, que la peste qui survient pendant une saison humide et chaude, celle qui sévit au sein de populations pauvres et entassées, est plus grave. La plupart des auteurs ont également reconnu que les sujets vigoureux et pléthoriques étaient plus rapidement enlevés que les individus d'une constitution moins forte. — Quant aux signes pronostiques, il n'y en a aucun qui ait une valeur certaine; et, comme l'a dit avec raison J. Morello, dans la peste, les sens, la raison, les aphorismes d'Hippocrate, tout nous trompe, et un signe favorable dans une épidémie devient pernicieux dans une autre. Cependant, règle générale, les charbons, la gangrène, les syncopes, la prostration extrême, le refroidissement du corps, la décomposition des traits, les convulsions, les urines sanguinolentes, sont des signes qui indiquent une mort presque certaine et imminente.

Etiologie. — La peste est endémique dans plusieurs pays d'Orient, et spécialement dans diverses contrées de l'Asie et à Constantinople. Bulard a prétendu, contre l'opinion généralement reçue, que la peste n'est point endémique en Égypte, il croit que, lorsqu'elle règne dans ce pays, elle y a été nécessairement importée par les caravanes ou les bâtiments marchands. Quoi qu'il en soit, les opinions les plus diverses ont été émises sur les causes qui président au développement de la maladie, dans les pays d'où elle semble être originaire. La plupart accusent des causes locales d'insalubrité, telles que des foyers d'infection produits par la décomposition des matières végétales, et surtout animales, le débordement des fleuves, l'humidité, l'encombrement des populations, la misère, la malpropreté, etc. Beaucoup pensent que ces causes locales d'insalubrité, qu'on rencontre partout, ne sont point suffisantes pour la génération de la peste; suivant eux, elles n'ont d'autre influence que de favoriser l'extension de la maladie, et de la rendre beaucoup plus grave. L'impossibilité où l'on est souvent de rapporter le développement de la peste à l'existence de causes locales, a fait supposer à quelques personnes, et en particulier au docteur Clot-Bey, que la maladie naissait sous l'influence de ces causes générales, probablement météorologiques, qui président au développement de la plupart des autres épidémies, et dont il nous est impossible de déterminer la nature. Mais dans l'état actuel de la science, cette importante question d'étiologie ne saurait être encore résolue. Il faut admettre pourtant que, dans les contrées de l'Orient qui semblent être le berceau de la peste, il doit exister certaines conditions spéciales inconnues dans les régions occidentales de l'Europe, où la maladie dont je parle ne paraît jamais se développer primitivement. En effet, toutes les fois que la peste a paru dans notre continent, on a eu des preuves positives qu'elle y avait été importée, ou du moins on a eu de grandes présomptions pour l'admettre, et depuis plus d'un siècle on ne l'a jamais vue que dans des lieux en

relation habituelle avec le Levant, et dans des temps où les contrées orientales en étaient déjà infectées. La peste est donc une affection contagieuse.

La contagion de la peste a été contestée par quelques auteurs, et le docteur Clot est, parmi les modernes, un de ses plus ardents adversaires. Cependant tous les raisonnements qu'on peut faire, et tous les cas d'immunité qu'on rapporte chez des individus qui s'étant exposés à la maladie ne l'ont point contractée, ne sauraient infirmer les faits nombreux favorables à la contagion. Ainsi nous avons dit que, lorsque la peste se développait en Europe, c'était toujours dans des lieux qui avaient des relations avec les contrées où la maladie existait déjà. Il est certain que, dans les pays ravagés, on parvient presque toujours à se préserver du fléau en s'isolant des personnes infectées. Mertens, dans la peste de Moscou, Bulard et M. Lachèse, dans la dernière épidémie d'Égypte, ont vu un grand nombre d'établissements publics être entièrement préservés par l'isolement, tandis qu'au dehors, le fléau exerçait ses ravages. La science possède un grand nombre de cas où la peste a été inoculée et transmise à des criminels ou des prisonniers de guerre; et si plusieurs médecins ont pu s'inoculer impunément le pus des bubons, d'autres ont payé de leur vie cet audacieux expériment. Il paraît que la transmission de la peste se fait surtout par le contact immédiat; elle peut aussi avoir lieu par les effets et les hardes ayant appartenu aux pestiférés, mais jamais par les cadavres.

On a reconnu qu'une température humide et chaude, que la faiblesse de la constitution, l'âge adulte, le sexe féminin, les fatigues, la terreur, la misère, les grands rassemblements du peuple dans les cérémonies publiques, étaient tout autant de circonstances qui favorisaient la propagation de la maladie. Dans certaines épidémies, on a vu que des personnes exerçant certaines professions en avaient été presque exemptes, mais il n'y a encore à ce sujet rien de bien démontré. Il y a aussi dans toutes les pestes un certain nombre d'individus qui vivant sans cesse dans le foyer de la contagion, sont respectés par la maladie sans qu'on puisse savoir la cause de cette immunité.

Les auteurs estiment qu'il se passe de un à sept jours entre le moment où le virus est introduit dans l'économie et celui où ses premiers effets se développent; mais cette question sur la durée de l'incubation n'est pas encore suffisamment éclaircie par les faits.

Du traitement. — Le traitement de la peste doit être distingué en curatif et en préservatif ou prophylactique.

1° *Traitement curatif.* — On a tour à tour préconisé un grand nombre de remèdes empiriques dont l'expérience n'a pas jusqu'à présent sanctionné l'efficacité; telles sont les frictions avec la glace, vantées par Samoïlowits dans la peste de Moscou; les frictions huileuses,

qui ont été employées dans plusieurs épidémies sans que leur utilité comme moyen curatif ait été démontrée. D'autres médecins ont eu recours à une médication perturbatrice. Ainsi, les saignées abondantes, les sudorifiques puissants, administrés dès le début de la maladie, ou bien les excitants diffusibles, les toniques, et enfin les narcotiques, les mercuriaux eux-mêmes ont compté de nombreux partisans. Mais malheureusement le traitement de la peste, comme celui de la plupart des autres affections, ne saurait être soumis à une méthode uniforme, et les moyens thérapeutiques doivent varier suivant la physionomie de la maladie et la prédominance de quelques symptômes ; en un mot, il faut satisfaire aux indications les plus pressantes. C'est ainsi que lorsque dès le début il existe des signes d'une violente réaction inflammatoire, lorsque le sujet est vigoureux, une saignée générale sera pratiquée, mais il faut user de ce moyen avec prudence, en raison de la prostration qui se déclare tôt ou tard. On conseillera concurremment les boissons acidulées rafraîchissantes.

Nous avons vu que dans la peste on observait presque toujours quelque trouble dans les fonctions digestives. La plupart des auteurs avaient cru les combattre par l'emploi de l'émétique ; mais ce remède est le plus souvent inutile, et il est quelquefois dangereux, en raison des altérations dont l'estomac est le siége. Il est donc préférable de n'opposer aux symptômes gastriques que les boissons acidulées, gazeuses, froides, et même glacées, prises en petite quantité à la fois.

Enfin, lorsque les accidents nerveux prédominent, il faut les combattre par une médication spéciale. Ainsi, à la prostration on oppose les toniques et les cordiaux; au délire, aux soubresauts, aux contractures, le musc, le camphre et les affusions froides.

Quelques uns des symptômes de la peste réclament en outre des moyens particuliers. Ainsi, pour les bubons, on s'attachera, en règle générale, à en favoriser la suppuration. Ils seront à cet effet couverts de topiques émollients, et on les incisera quand la fluctuation sera bien évidente. — Pendant longtemps, les anthrax et les charbons ont été scarifiés, irrités, brûlés de diverses manières: ce traitement était presque toujours nuisible. Aujourd'hui, docile aux conseils de Diemerbroek, de Chénot et de J. Frank, on n'emploie plus ces moyens violents, mais on fait sur ces tumeurs des fomentations avec de l'huile ou de l'eau blanche. Les charbons sont pansés avec la poudre de quinquina rouge, ou recouverts de compresses trempées dans du vin aromatique. Enfin, on se conduit ici comme dans tous les cas de gangrène et de plaie avec perte de substance.

2° *Traitement prophylactique.* — Ayant prouvé que la peste était contagieuse, il faut, pour en prévenir le développement, soumettre à quarantaine rigoureuse les personnes et les choses que l'on soupçonne

être imprégnées du virus pestilentiel. Lorsque la maladie règne dans une localité, si on en saisit les caractères dès le début, on devra isoler tout de suite les individus qui en sont atteints. Si malheureusement la contagion règne dans une ville ou une province entière, il faut la séquestrer du reste du pays par un cordon de troupes et une quarantaine rigoureuse. Les personnes suspectes, celles qui se seraient trouvées momentanément dans le foyer de la contagion seront séquestrées dans un lazaret.

Pour arrêter la propagation de la peste dans le lieu où elle serait déjà, on défendra tous les rassemblements; il faudrait surtout que chaque individu sain ou malade fût consigné dans son habitation pendant un certain temps, laissant à l'autorité le soin de pourvoir à la subsistance de chacun. Ce moyen, d'une exécution difficile, a pourtant été employé avec succès à Aix pendant l'épidémie de 1720. Les fumigations diverses, les grands feux, les détonations d'artillerie, qu'on a conseillés pour modifier la constitution atmosphérique, n'ont guère d'efficacité.

Il n'y a aucun moyen préservatif pour le médecin qui est appelé à soigner les individus atteints de la peste. On a conseillé de porter des gants, de se frotter les narines, les mains avec de l'huile et du vinaigre, de mâcher des aromates, de ne point avaler la salive, de ne jamais visiter les malades à jeun, et de ne pas respirer leur haleine. Ces préceptes peuvent être suivis sans que leur efficacité soit démontrée. Toute la prophylaxie consistera à suivre une bonne hygiène, à changer fréquemment de linge, à se baigner souvent, et après chaque visite à faire des lotions vinaigrées sur toutes les parties du corps qui sont habituellement découvertes. Mais il ne faut jamais que les précautions que le médecin prendra puissent effrayer les malades et leur persuader qu'ils sont atteints d'une maladie grave. Je ne dirai rien des frictions huileuses, de l'administration de l'iode à l'intérieur, et enfin des exutoires énergiques nombreux appliqués à la surface du corps, moyens que Bulard a préconisés, sans qu'il soit démontré qu'ils aient véritablement une vertu prophylactique.

La peste est un de ces fléaux qu'il est au pouvoir de l'homme de détruire. Ainsi nous sommes convaincu que les progrès de la civilisation éteindront un jour la peste en Égypte, où elle était inconnue avant que ce pays fut tombé à l'état de barbarie. La ville de Londres est un exemple remarquable de ce que peut l'hygiène pour l'extinction de la peste. On voit en effet que cette terrible maladie était presque endémique à Londres il y a encore deux siècles; mais l'incendie de 1666 ayant consummé en quelques jours la plus grande partie de la Cité, le feu ayant surtout dévoré les quartiers les plus insalubres, on eut soin dans sa reconstruction d'élargir les rues, et d'exhausser le sol. Aussi, dès ce moment, Londres cessa d'être ravagée par des épidémies de peste, bien qu'à

dater de cette époque elle ait eu des communications plus fréquentes avec les pays d'Orient.

Nature de la peste. — La peste est une maladie générale produite par un empoisonnement miasmatique; mais jusqu'à présent il n'a pas été possible de préciser la nature de l'affection, puisque nous ignorons le mode d'action de l'agent morbifique et que nous ne pouvons savoir l'organe ou l'appareil qu'il affecte primitivement. Bulard suppose pourtant que la peste est une maladie par altération de la lymphe; il regarde celle-ci comme constituant l'essence de l'affection; il admet consécutivement une altération du sang par laquelle il explique les phénomènes nerveux et les symptômes généraux d'infection qui caractérisent la maladie. Cette opinion est non seulement ingénieuse, mais elle a de plus pour elle une certaine vraisemblance, et compte encore en sa faveur les résultats d'anatomie pathologique; cependant on ne saurait avoir à ce sujet aucune conviction. Il reste d'ailleurs prouvé par les ouvertures des cadavres que la peste n'est point constituée par une inflammation viscérale, et surtout par une gastro-entérite.

DEUXIÈME GENRE DE FIÈVRES.

FIÈVRES ÉRUPTIVES.

DE LA VARIOLE.

SYNONYMIE ET ÉTYMOLOGIE. — *Petite vérole* ou *picote*. Variole vient, suivant les uns, de *varus*, bourgeon, ou de *varius*, varié, à raison de la diversité de couleurs que la peau présente dans cette maladie.

Définition. — La variole est un exanthème contagieux dont l'éruption est précédée de prodromes pendant deux ou trois jours, et qui est caractérisée d'abord par des élevures dures et pointues, plus tard par des pustules ombiliquées à leur centre, qui, après avoir suppuré, se dessèchent et laissent à leurs places des taches qui s'effacent peu à peu, ou bien des cicatrices, irrégulières, de forme variable et indélébiles.

Historique. — Tous les documents historiques que l'on peut consulter prouvent que la variole a été complétement inconnue des Grecs et des Romains. Ce fut, dit-on, en l'année 622 de notre ère, que Aaron ou Aharoun décrivit pour la première fois la variole sous le nom de *djidri;* mais ce ne fut que vers le Xe siècle que cette maladie trouva un bon historien dans Rhazès, qui, le premier, en traça une bonne description. Originaire de quelque province de l'Asie centrale, la variole a été importée par les Sarrasins en Afrique, et plus tard dans toutes les provinces méridionales de l'Europe que ces barbares ont envahies. La maladie s'étendit ensuite assez lentement vers le nord, et ce ne fut guère

qu'à l'époque des croisades que ce fléau infecta toute l'Enrope. Enfin ce sont nos vaisseaux qui l'ont transportée dans le Nouveau Monde et dans toutes les îles de l'océan, où elle était complétement inconnue avant l'arrivée des Européens. On voit donc que, dans sa propagation, la variole a constamment suivi le mouvement des populations.

Il faudrait un volume entier pour énumérer tous les travaux entrepris sur la variole; nous citerons dans le courant de cet article quelques écrits spéciaux qu'on pourra consulter; mais nous renverrons surtout le lecteur à l'immortel ouvrage de Sydenham, et au *Traité des maladies de la peau,* du docteur Rayer.

Division. — On a divisé la variole en cinq périodes distinctes qui sont : l'*incubation*, l'*invasion*, l'*éruption*, la *suppuration* et la *desquamation.*

Première période ou incubation. — L'incubation est l'intervalle qui s'écoule depuis le moment où le virus est introduit dans l'économie jusqu'à ce que le premier malaise commence. Pendant l'incubation, il y a toutes les apparences de la santé. La durée de cette époque varie, elle serait de cinq à sept jours suivant Stoll et Boerhaave, de dix à vingt suivant M. Rayer; elle était de sept à huit jours dans la variole inoculée.

Deuxième période ou invasion. — L'invasion est marquée par des symptômes plus ou moins graves. Il y a des frissons violents accompagnés de fréquence du pouls, de chaleur et de sécheresse de la peau; les malades accusent une céphalalgie vive, du brisement des membres, *des douleurs parfois atroces dans les lombes*, une sensibilité vive à l'épigastre; ils ont des nausées, des vomissements bilieux et pénibles; quelques uns ont du délire ou tombent dans le coma, beaucoup d'enfants éprouvent des convulsions. Enfin, dans les cas les plus graves, des hémorrhagies diverses ont lieu spécialement par la muqueuse des organes génito-urinaires ou bien dans le tissu cellulaire sous-cutané. On a vu des malades succomber dans cette période qui dure en général deux ou trois jours.

Troisième période ou éruption. — L'éruption a lieu communément le deuxième ou troisième jour des prodromes. On commence par apercevoir à la face, et surtout au menton, et sur la surface cutanée des lèvres, des taches rouges, au centre desquelles est une petite élevure papuleuse, dure et pointue. L'éruption envahit successivement le tronc, les membres supérieurs et inférieurs. Elle est quelquefois si abondante surtout à la face, que les élevures sont très rapprochées, et même confondues par leur circonférence; on dit alors que la variole est *confluente* ou *cohérente;* ou bien la confluence, au lieu d'être générale, n'a lieu que par places et par groupes (*varioles en corymbes*); d'autres fois enfin l'éruption est disséminée, la variole est dite alors *discrète.* Une

éruption semblable à celle de la peau se faisant aussi dans la bouche et spécialement à la voûte palatine, au voile du palais, à ses piliers et au pharynx, on aperçoit sur toutes ces parties des saillies miliaires, blanches et dures; en même temps les malades éprouvent de la chaleur dans la bouche et de la difficulté à avaler. Une toux rauque, déchirante, une voix voilée, indiquent qu'une éruption semblable s'est faite aussi dans la partie supérieure du larynx. En général, les symptômes incommodes qu'on observait pendant les prodromes diminuent ou cessent dès que l'éruption est complète, la fièvre même s'apaise. Cependant, lorsque la variole est confluente, grave, les malades continuent à être agités et à se plaindre, la fièvre augmente; souvent il y a du délire, et des hémorrhagies actives ou passives peuvent avoir lieu. On voit quelquefois encore se développer à cette période des phlegmasies viscérales (pleurésie, pneumonie, péricardite), ordinairement latentes, et qui opérant une sorte de révulsion fâcheuse, s'opposent au développement de l'éruption cutanée, qui est alors suspendue, flétrie, affaissée.

Dans les quatre premiers jours de l'éruption, les papules de la variole s'agrandissent, elles sont entourées d'une auréole rouge, leur sommet offre bientôt une vésicule présentant une dépression circulaire ombiliquée à son centre. Cette disposition existe en général pour toutes les vésicules dès le troisième jour de l'éruption. Lorsque la variole est très confluente, il est impossible de voir la disposition ombiliquée; car alors toute la figure du malade semble recouverte d'une pellicule blanchâtre et presque uniforme. L'aspect des pustules varie d'ailleurs suivant les régions; volumineuses à la face, petites sur le scrotum, elles sont larges, un peu bombées et non ombiliquées, à la paume des mains; elles forment partout une certaine saillie, excepté à la plante des pieds, où elles ont l'aspect de simples taches circulaires, violacées, entourées d'un liseré blanc. A cette époque, la peau est partout tuméfiée; à la face par exemple, les paupières recouvrent le globe oculaire. Cette période, pendant laquelle un grand nombre de malades succombent, finit au huitième ou neuvième jour.

Quatrième période ou de suppuration. — Cette période est caractérisée par l'intensité de la fièvre, qui, calmée aussitôt après l'éruption, redouble à cette époque et prend le nom de *fièvre secondaire*. En même temps le gonflement des parties augmente. Cette tuméfaction peut être considérable même lorsqu'il n'y a pas beaucoup de pustules; elle est surtout très marquée au visage. Les pustules continuant à s'accroître, se remplissent d'un liquide opaque, purulent; les malades salivent abondamment (Sydenham); ils ont de la douleur, de la difficulté dans la parole et la déglutition. Chez les enfants le ptyalisme est moins fréquent, et il est souvent remplacé par la diarrhée. En général, la salivation, qui a commencé du troisième au septième jour, cesse vers le on-

zième, d'après la remarque de Sydenham, elle est alors souvent remplacée par un gonflement douloureux des pieds et des mains. Lorsque la variole est grave, on peut observer la plupart des accidents que nous avons notés dans les périodes précédentes. Dans ces cas, les pustules, dont la suppuration est imparfaite, s'affaissent, se rident, prennent une teinte violacée ; quelques unes se remplissent de sang noirâtre, ou bien des pétéchies se forment dans leur intervalle, et diverses hémorrhagies ont lieu. Ce sont surtout des épistaxis, des hématuries, et chez les femmes des ménorrhagies ; enfin la mort survient au milieu d'une agitation et d'une anxiété extrêmes. La période de suppuration est celle pendant laquelle on voit le plus grand nombre de complications ; c'est ce qui explique pourquoi la plupart des individus qui sont victimes de la variole succombent dans la période dont nous parlons. Deux des phénomènes prédominants de cette époque, l'enflure et la fièvre, reconnaissent bien pour cause principale la formation du pus ; mais il y a néanmoins dans ces deux symptômes, dans le second surtout, quelque chose de spécial et presque d'indépendant de la suppuration ; car, ainsi que Hallé l'a démontré il y a déjà plus d'un demi-siècle, il suffit de quelques boutons pour les produire, tandis que nous verrons plus tard que dans la variole modifiée (varioloïde) par la vaccine ou par une variole antérieure, une éruption même considérable ne détermine pas de fièvre secondaire.

Cinquième période. — La dessiccation des pustules commence à avoir lieu dès le huitième ou neuvième jour. On l'observe d'abord à la face, où elle est souvent complète avant même que les pustules des membres soient parvenues à leur maturité. La dessiccation se fait de deux manières ; tantôt les pustules se déchirent et le pus qui s'en échappe se concrète au contact de l'air, ou bien la pustule se ride, s'affaisse et se convertit en une croûte grise ou brunâtre, exhalant une odeur nauséabonde toute particulière. Les malades éprouvent alors sous les croûtes un sentiment de tension et un prurit qui les porte à se gratter, à s'arracher. Dans les cas ordinaires, les croûtes, plus humides dans les varioles confluentes que dans celles qui sont discrètes, après avoir persisté quelque temps, tombent spontanément du quinzième au vingtième jour de la maladie ; et sont le plus souvent remplacées par des écailles qui peuvent se renouveler plusieurs fois. Dans quelques cas, les pustules s'ulcèrent, et l'ulcération détruisant une partie ou la totalité du derme, il en résulte des plaies saignantes, grisâtres, recouvertes par des croûtes humides, noirâtres, et qui produisent sur le visage ces cicatrices couturées et ces brides qui défigurent quelques individus. Dans la plupart des cas, la chute des croûtes ne laisse qu'une teinte vineuse, plus ou moins uniforme, qui disparaît lentement, et l'on aperçoit alors plus complétement ces cicatrices lenticulaires plus ou moins nombreuses, qui sont le stigmate indélébile des sujets qui ont eu la variole.

Complications. — Divers accidents peuvent survenir pendant la période de dessiccation : ainsi on voit quelquefois les pustules s'affaisser, se flétrir tout-à-coup ; en même temps les malades tombent dans la prostration ; ils ont des frissons irréguliers, du délire ou du coma, de l'oppression, de l'anxiété ; la fièvre redouble ; la langue se sèche, noircit ; un dévoiement fétide a lieu ; en un mot, on voit survenir des symptômes qui font soupçonner une résorption purulente. Dans cette même période, on voit encore des malades succomber brusquement soit par syncope, soit par une sorte d'empoisonnement ; d'autres sont emportés par un dévoiement colliquatif, par des accidents cérébraux, ou une pneumonie intercurrente, et beaucoup plus rarement par une laryngo-trachéite simple, ulcéreuse ou pseudo-membraneuse. En résumé, on voit que la variole peut se montrer sous la forme bénigne ou grave. Il ne faudrait pas croire que les varioles confluentes sont les seules qui s'accompagnent de symptômes fâcheux. On rencontre en effet, assez souvent, surtout en temps d'épidémie, des varioles discrètes qui sont fort graves et qui ont une issue funeste. Burserius et Morton en rapportent des exemples.

On vient de se convaincre que les varioles, comme presque toutes les autres maladies, ne se présentent pas toujours sous la même forme symptomatique : ainsi, on voit tantôt prédominer les phénomènes inflammatoires ; d'autres fois, ce sont les symptômes adynamiques, ataxiques ou bilieux. Ces accidents varient beaucoup suivant les saisons, les pays, les constitutions médicales ou épidémiques, suivant les individus.

Suites de la maladie. — La variole peut laisser après elle des maladies ou des infirmités plus ou moins graves. Je ne dirai rien des furoncles, des pustules d'ecthyma, ni des érysipèles. Beaucoup de malades sont affectés d'otorrhée purulente, s'accompagnant parfois de la perforation de la membrane du tympan et de carie du rocher ; d'autres en plus grand nombre conservent des ophthalmies rebelles, avec ulcération du bord libre des paupières et chute des cils. Ces ophthalmies datent ordinairement de la troisième période ; elles sont souvent suivies d'opacité de la cornée ; d'autres fois celle-ci se ramollit, se perfore ; l'œil se vide, ou bien un staphylome s'établit. A la suite de la variole, on voit encore survenir, dans différentes parties du corps, des abcès nombreux qui se forment rapidement d'un jour à l'autre, et presque sans douleur. Ces abcès semblent souvent naître sans le concours d'aucun travail inflammatoire bien évident : on dirait que le pus qui a été résorbé dans la fièvre de suppuration, ayant été retenu dans la masse du sang, est ensuite exhalé brusquement dans un ou plusieurs points du corps. Enfin il est des malades qui, après avoir échappé à la variole, succombent à une diarrhée opiniâtre, qui se lie le plus souvent à des ulcérations ou à un ramollissement avec destruction de la muqueuse du colon ; d'autres enfin deviennent phthisiques.

Cependant dans quelques cas, rares d'ailleurs, on a vu la variole guérir certaines maladies rebelles, ou modifier avantageusement certaines constitutions débiles; on l'a vue surtout amener fréquemment la guérison d'engorgements ganglionnaires et d'éruptions chroniques à la peau. Ailleurs la révulsion violente qui s'établit sur la peau pendant l'éruption a quelquefois suffi pour faire avorter ou arrêter brusquement des phlegmasies viscérales, comme la pneumonie. M. Andral en cite un exemple curieux dans le tome III de sa *Clinique* (observ. 60e de la 4e édition). Enfin MM. Rilliet et Barthez ayant fréquemment rencontré des tubercules à l'état crétacé chez les sujets emportés par la variole, ou succombant quelque temps après cette éruption, en ont conclu que cette maladie tendait à guérir les tubercules en leur faisant subir la transformation crétacée. Mais cette conclusion ne paraîtra pas sans doute très rigoureuse. D'ailleurs l'opinion de ces médecins ne nous semble même avoir aucune vraisemblance; car on ne peut supposer avec eux qu'il puisse suffire de quelques jours ou de quelques semaines au plus, pour opérer dans la constitution du tubercule un changement qui d'ordinaire ne s'effectue que par un travail de plusieurs années.

Anatomie pathologique. — Lorsqu'on dissèque une pustule variolique, on trouve que l'épiderme a conservé son épaisseur naturelle; on le sépare avec facilité, et on met alors à découvert une pseudo-membrane d'un blanc mat, assez ferme, un peu friable, ayant la forme d'un cône tronqué, d'un millimètre d'épaisseur, et déprimée à son centre. Ce disque adhère davantage à l'épiderme qu'au derme. Au-dessous de cette production pseudo-membraneuse, le derme est finement injecté ou ecchymosé. Lorsqu'on examine les pustules à une époque plus avancée, on y trouve du pus jaunâtre et consistant. On a dit que la forme ombiliquée des pustules était produite par un filament celluleux qui s'étendrait de l'épiderme au derme; d'autres la font dépendre de la traction exercée sur l'épiderme par les conduits excréteurs des glandes cutanées. Mais, d'après ce que j'ai dit, on voit que la disposition ombiliquée dépend de la forme même du disque.

On trouve des pustules sur la plupart des muqueuses, telles que la conjonctive et la pituitaire, sur la muqueuse de la vulve, du prépuce, de la bouche et beaucoup plus rarement sur celle du larynx, de la trachée et des bronches, plus rarement encore peut-être à la surface de l'œsophage, de l'estomac et du rectum, peut-être jamais dans les autres parties du tube digestif. Les pustules qu'on rencontre sur les muqueuses sont en général affaissées, vides de pus; elles sont parfois remplacées, surtout sur la muqueuse du larynx, par des ulcérations arrondies, grisâtres, plus ou moins confluentes.

Chez les sujets emportés par la variole, on ne trouve aucune lésion constante dans les organes intérieurs. Les plus fréquentes sont le ramol-

lissement partiel de la muqueuse gastro-intestinale, des pétéchies, des congestions sanguines vers les poumons, quelquefois l'hépatisation, la splénisation de ces organes, qui peuvent aussi être le siége de noyaux d'apoplexie ou d'abcès métastatiques commençants, ainsi que M. Piorry paraît l'avoir souvent constaté. Le cœur est flasque, ramolli; le sang est pâle, séreux, diffluent, ce qui explique la facilité avec laquelle il pénètre les parois des vaisseaux, qu'il colore en rouge ou en noir. Enfin, du côté des centres nerveux, on ne trouve guère qu'une injection des méninges et du cerveau, avec un épanchement séreux qui est généralement en rapport avec la longueur de l'agonie.

Diagnostic. — Parmi les symptômes prodromiques que nous avons énumérés, il n'en est aucun qui indique *sûrement* une éruption prochaine de variole. Cependant un appareil fébrile intense s'accompagnant de céphalalgie, d'envies de vomir, et surtout de *douleurs très vives dans les lombes*, doit faire soupçonner une variole. L'éruption, dès qu'elle est visible, est caractéristique, et ne pourrait être confondue avec une autre affection que par une personne ignorante ou inattentive. D'ailleurs, nous verrons plus tard en quoi l'éruption variolique diffère de la varicelle, de la rougeole, de la scarlatine, de l'érysipèle, etc.

Dans la variole l'éruption n'est qu'un des éléments de la maladie, cependant ce n'est que d'après elle qu'on peut établir le diagnostic de l'affection. On dit pourtant qu'il y a des varioles dans lesquelles l'éruption manque tout-à-fait, et qui ne sont caractérisées que par les symptômes généraux. Cette idée malheureuse appartient à Sydenham, qui, en donnant à la fièvre putride de la constitution de 1667 le nom de varioleuse, inspira aux auteurs l'idée d'un *morbus variolicus sine pustulis;* opinion qui a jusqu'à ce jour été généralement acceptée comme vraie, mais cela sans examen, et sans qu'on puisse invoquer aucun fait clinique en sa faveur. Peut-on dire, en effet, qu'un individu a eu la variole lorsque, s'étant exposé à la contagion, il éprouvera seulement des frissons, du lumbago, de la céphalalgie, des vomissements, et une fièvre intense et continue pendant deux septénaires? Y a-t-il dans quelques uns de ces symptômes ou dans leur ensemble quelque chose de caractéristique, et ne rencontre-t-on pas le même appareil symptomatique au début, ou dans le cours d'une foule d'autres maladies? Ainsi donc, je le répète, la variole ne peut avoir d'autre caractère essentiel pathognomonique que l'éruption; la maladie ne peut exister sans elle.

Pronostic. — La variole est une maladie grave. Des calculs nombreux ont prouvé qu'elle avait fait beaucoup plus de ravages que la peste elle-même, puisque, avant la vaccine, elle enlevait à elle seule la quatorzième partie de l'espèce humaine. Elle fait périr du sixième au huitième des individus qu'elle attaque; et, quand elle règne épidémiquement, la mortalité peut s'élever à un quart ou même à un tiers. La

gravité du pronostic est généralement proportionnée au nombre des pustules ; c'est ainsi que la variole confluente doit être considérée comme une des maladies les plus graves dont l'homme puisse être atteint. Les enfants, pourvu qu'ils ne soient pas trop jeunes, surmontent les dangers de la variole plus facilement que les adultes, et surtout que les vieillards. Lorsque la variole atteint une femme enceinte, l'accouchement a presque toujours lieu, et il est rare alors que la malade survive. La maladie est aussi beaucoup plus fâcheuse chez les individus affaiblis, chez les femmes, pendant la saison froide, et dans les temps d'épidémie. L'affaissement subit des pustules ou bien leur mollesse survenant dès le début, sont des signes qui doivent faire redouter une issue funeste. Les hémorrhagies, par quelque voie qu'elles se fassent, constituent aussi toujours un symptôme fâcheux. Il en est de même de toutes les complications phlegmasiques qui se font du côté des cavités splanchniques. Au contraire, Sydenham regardait la salivation, le gonflement de la face, des pieds et des mains, comme étant d'un favorable augure. La non-manifestation de ces phénomènes était signalée par lui comme une circonstance très fâcheuse. L'Hippocrate anglais considérait comme étant voués à une mort certaine tous ceux chez lesquels le ptyalisme cessant au onzième jour, il ne voyait pas survenir le gonflement des pieds et des mains qu'il croyait critique. Mais des faits nombreux ont prouvé qu'on ne pouvait pas accepter dans toute sa rigueur cette proposition de Sydenham, qui néanmoins est généralement vraie. Tous les accidents cérébraux ont de la gravité, mais surtout les convulsions, bien que Sydenham ait prétendu que, survenant dans les prodomes, elles indiquent que l'éruption sera peu confluente. En général, les convulsions, le coma, le délire violent et persistant, se lient aux formes graves de la maladie, que l'éruption soit confluente ou discrète.

Étiologie. — La variole affecte les individus de tout âge, de tout sexe, de toute constitution ; cependant l'enfance, surtout après six ans ; la jeunesse et le sexe féminin, y prédisposent davantage. Elle sévit également dans tous les climats et sur toutes les races humaines. Plus de quarante observations consignées dans les annales de la science prouvent que la variole peut même atteindre le fœtus en même temps que la mère ou bien sans que celle-ci le soit. On observe la maladie dans toutes les saisons ; cependant elle se montre ordinairement au printemps, sévit avec plus de force en été, s'adoucit en automne et s'éteint souvent pendant l'hiver. Il est des individus privilégiés qui ne contractent jamais la variole ; il est, au contraire, d'autres organisations qui peuvent la gagner plusieurs fois ; mais en général, dans ces cas, la gravité de la maladie diminue avec le nombre des récidives. La variole est essentiellement contagieuse. Son développement dans notre climat n'est proba-

blement jamais spontané. Elle se communique par contact immédiat ou médiat. Le caractère contagieux commence avec la suppuration des pustules et persiste jusqu'après la chute des croûtes. Une variole discrète peut donner lieu à une variole confluente, et réciproquement.

Traitement curatif. — Lorsque la variole, qu'elle soit discrète ou confluente, poursuit régulièrement sa marche sans présenter aucune complication grave ni aucun symptôme prédominant, on prescrit une médication purement expectante. Les malades seront placés dans un lit; on les couvrira modérément; on entretiendra dans l'appartement une température de 12 à 14° R.; on les soumettra à une diète absolue; ils boiront une plus ou moins grande quantité de boissons douces, délayantes, acidules, tempérantes. On administrera des pédiluves au début, ou on promènera des cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures, afin de calmer la céphalalgie. On prescrira encore quelques gargarismes émollients pour adoucir les douleurs de la gorge et de la bouche; enfin, on baignera les yeux avec une décoction émolliente tiède lorsque les paupières seront le siége de pustules douloureuses. Si la constipation, qu'il est ordinaire d'observer dans les trois premières périodes, résiste à l'usage des lavements, on administrera utilement un léger laxatif. Enfin, lorsqu'il y a insomnie, lorsque les malades sont agités, inquiets, je crois, avec Sydenham, qu'il est utile de prescrire une préparation opiacée, car les craintes que ce médicament inspire dans ce cas à quelques personnes ne me semblent pas justifiées. Sydenham voulait aussi que les malades restassent levés dans les cinq ou six premiers jours de l'éruption; il en agissait ainsi surtout chez les enfants et pendant l'été, et avait cru reconnaître qu'il prévenait par là la tendance aux hémorrhagies passives. Mais les avantages de cette pratique n'ont pas encore été suffisamment démontrés.

Cependant, dans un grand nombre de cas, le traitement de la variole ne peut être aussi simple. Lorsqu'en effet il y a dans le commencement de l'affection des signes d'une violente réaction fébrile, lorsque le pouls est large et dur, lorsque l'on observe des signes de congestion viscérale, on devra pratiquer une saignée générale ou locale; mais il faudra toujours n'employer les émissions sanguines qu'avec la plus grande réserve, et lorsque l'indication est positive. Il est difficile de dire la conduite qu'il faut tenir dans les varioles graves qui s'accompagnent d'un trouble considérable du système nerveux; les saignées, les antispasmodiques, les purgatifs échouant presque toujours dans ce cas. La plupart des médecins ont alors recours aux révulsifs cutanés, tels que sinapismes ou vésicatoires; mais ces moyens sont sans effets; ils sont en outre irrationnels, puisqu'ils viennent ajouter une nouvelle inflammation à celle qui occupe déjà toute la surface de la peau. Enfin, si la variole s'accompagne d'accidents adynamiques, lorsque surtout des hémorrhagies passives

ont lieu, le vin, le quinquina et les acides minéraux seront indiqués.

Lorsque l'éruption semble se faire lentement et avec peine, on conseille généralement les bains chauds à 28 ou 30° R., et même les bains de vapeur; les boissons chaudes diaphorétiques, quelques stimulants, comme l'acétate d'ammoniaque (8 à 16 gramm. et plus dans la tisane), et même quelques toniques si le malade est en même temps affaibli ou prostré; enfin la peau est excitée par des sinapismes et par des frictions sèches ou aromatiques. Les accidents ataxiques sont ceux qu'il est le plus difficile de combattre, et malheureusement on n'obtient guère alors de bons effets ni des sangsues mises derrière les oreilles ni de l'administration des remèdes appelés antispasmodiques.

Le principal danger de la variole résidant dans la quantité et le développement des pustules, beaucoup de médecins ont tenté, à différentes époques, d'en limiter le nombre ou de les faire avorter; c'est dans ce but qu'on a employé des saignées copieuses, qu'on a administré des vomitifs et des purgatifs répétés, et donné des doses considérables de préparations mercurielles à l'intérieur. Mais ces remèdes violents n'ont jamais produit les heureux résultats qu'on s'en était promis, et c'est avec raison qu'on y a généralement renoncé. J'en dirai de même de la pratique de M. Eichorn, qui conseille, dès que l'éruption commence, de pratiquer sur la peau quarante à cinquante incisions, et d'y introduire la plus grande quantité possible de virus-vaccin.

Dans l'espoir de prévenir les accidents de résorption, on a conseillé de considérer chaque pustule comme un petit abcès, et d'en faire l'ouverture; mais leur nombre rend cette pratique tout-à-fait inexécutable. D'ailleurs la simple incision laissant l'épiderme en place, n'empêche pas le pus nouvellement sécrété de s'accumuler et de séjourner au-dessous. Pour parer à ces inconvénients, M. Piorry a conseillé de ramollir l'épiderme des pustules en plongeant le malade dans un bain, ou en recouvrant l'éruption de compresses imbibées d'eau tiède; puis, frottant les pustules avec un linge sec et un peu gros, il les déchire, les vide du pus qu'elles contiennent, enlève l'épiderme, et après avoir soigneusement lavé les surfaces dénudées, il les recouvre avec un linge enduit de cérat ou avec l'emplâtre diachylon. M. Piorry reconnaît à sa méthode, comme principaux avantages, d'empêcher la formation des cicatrices difformes, et de hâter la guérison. Toutefois, les faits rapportés par ce médecin ne sont pas encore assez nombreux pour juger une méthode que nous n'avons jamais employée nous-même ni vu employer par d'autres, et qui ne serait justifiée qu'autant qu'elle réussirait dans les varioles confluentes.

La cautérisation des pustules par le nitrate d'argent, conseillée par MM. Bretonneau, Serres, Velpeau (c'est la méthode *ectroctique*), a compté beaucoup de partisans. Mais pour que cette méthode fût efficace, il faudrait cautériser chaque pustule en particulier, ce qui est peu avantageux dans

la variole discrète, et est tout-à-fait impraticable dans la variole confluente : aussi, dans celle-ci, a-t-on conseillé de faire la cautérisation en masse, à l'aide d'un pinceau trempé dans une solution concentrée d'azotate d'argent. Mais l'expérience ne s'est pas prononcée en faveur de cette pratique toujours douloureuse, qui rarement a été utile, et a peut-être quelquefois été cause de graves accidents. Quelques uns de ceux qui n'ont pas adopté la cautérisation comme méthode générale, en ont néanmoins réservé l'emploi pour faire avorter les pustules du bord libre des paupières; mais nous n'avons reconnu aucun avantage à cette médication, qui est aujourd'hui assez généralement abandonnée. D'ailleurs, si on veut en obtenir l'effet qu'on désire, on devra faire la cautérisation dans les quatre ou cinq premiers jours de l'éruption.

Zimmermann, Rosen, etc., avaient autrefois remarqué que des emplâtres mercuriels avaient arrêté le développement des pustules variolíques. Ces faits avaient été presque oubliés, lorsque M. Serres, et plus récemment MM. Briquet et Nonat, entreprirent de nouvelles expériences qui ont prouvé l'utilité des topiques mercuriels, et surtout de l'emplâtre de Vigo. Ainsi M. Briquet, qui a publié sur ce sujet le travail le plus complet, a reconnu que lorsqu'on recouvre pendant quatre ou cinq jours l'éruption à son début d'un emplâtre mercuriel, on empêche le travail de suppuration de se faire, on produit la résolution de quelques pustules, tandis que la plupart sont transformées en vésicules ou en une sorte de tubercule dur. Pour produire ce résultat, on se sert communément de l'emplâtre de *Vigo cum mercurio*, qu'on étend en couche de 4 à 5 millimètres d'épaisseur sur une toile assez grossière; on l'applique ensuite sur le visage, qu'on recouvre complétement, en ménageant cependant des ouvertures au niveau des narines, de la bouche et des yeux. Cet emplâtre est maintenu sur la face à l'aide d'une bandelette de diachylon placée transversalement sur la lèvre supérieure, que l'on croise derrière la tête, et dont les deux bouts viennent ensuite se réunir au milieu du front. M. Briquet conseille aussi de mettre le même emplâtre sur la plus grande partie de la peau. C'est là une pratique qu'il est prudent d'imiter, puisqu'elle a pour effet de s'opposer à la suppuration et à tous les accidents qui en sont la conséquence, de calmer les symptômes généraux, de les rendre moins graves, et d'empêcher les cicatrices difformes. L'emplâtre de Vigo n'agit point par compression, mais uniquement par la préparation mercurielle qu'il contient. Ce traitement n'offre aucun danger; mais il a eu parfois l'inconvénient de produire une salivation plus ou moins abondante.

Lorsque les pustules ont suppuré, lorsque la tuméfaction est considérable, il convient, pour prévenir la résorption du pus et l'érosion de la peau, de percer le sommet des pustules avec une lancette, et d'absterger avec soin la matière qui s'en écoule. Cette pratique, employée

anciennement par quelques Arabes, a aussi été préconisée avec raison par Van-Swiéten, par Tissot, par Rosen, par Stoll et par les deux Frank. Pendant la période de dessiccation, on surveillera les malades ; on les empêchera de se gratter et d'arracher les croûtes, ce qui irrite et rend saignantes les surfaces dénudées, et devient souvent la cause de ces cicatrices couturées qui défigurent beaucoup d'individus. On tâchera de calmer le prurit, et on favorisera la chute des croûtes par des onctions huileuses et des lotions faites avec une eau mucilagineuse et narcotique (décoction de graines de lin et de têtes de pavots). Pendant la convalescence, il faut surveiller le régime des malades.

Les médecins ayant remarqué que dans certaines épidémies la variole emportait presque tous ceux qu'elle atteignait, voyant en outre que la gravité de cette maladie dépendait souvent des circonstances accidentelles au milieu desquelles elle s'était développée, proposèrent de l'inoculer, ce qui permettrait de choisir le temps, l'âge, la disposition du corps la plus favorable, pour le développement et la terminaison heureuse de l'éruption. Cette pratique, usitée depuis longtemps en Orient, ne se répandit en Europe que vers 1675. Cependant elle était encore presque inconnue en France au commencement du XVIIIe siècle : ce fut vers cette époque que, défendue et prônée par les philosophes et surtout par les deux plus grands d'entre eux, Voltaire et Jean-Jacques, ayant aussi pour défenseurs Antoine Petit, Bordeu et la Faculté de médecine, elle ne tarda pas à se répandre, et elle était assez généralement adoptée par les médecins lorsque la vaccine fut découverte.

DE LA VACCINE OU DE LA PROPHYLAXIE DE LA VARIOLE.

Il se développe *spontanément* sur le pis des vaches une éruption particulière nommée *cowpox*, de deux mots anglais, *cow*, vache, et *pox*, variole (variole des vaches). Les pustules qui constituent cette éruption contiennent un fluide appelé *virus-vaccin* qui, inoculé à l'homme, détermine à son tour une éruption spéciale nommée *vaccine*, et qui a la propriété de préserver l'individu de la variole.

Historique. — Que la vaccine, comme on l'a dit, ait été connue anciennement des médecins indous et persans ; que depuis le milieu du dernier siècle on ait à plusieurs reprises, tant en Angleterre qu'en France, signalé la possibilité d'inoculer la picote des vaches à l'homme pour le préserver de la variole, c'est ce que je suis loin de nier. Toutefois on ne saurait contester à Edouard Jenner la gloire d'avoir le premier démontré la vertu préservatrice de la vaccine. Ce ne fut qu'en 1798, c'est-à-dire après vingt-deux ans de pénibles recherches, que Jenner publia cette découverte, qui a immortalisé son nom, et lui a assigné une place éminente parmi les plus grands bienfaiteurs de l'humanité.

La vaccine a été en France l'objet de quelques travaux sérieux. Nous citerons surtout ceux de M. Husson, qui a été un des plus fervents propagateurs de la vaccine, et l'excellent livre de M. Bousquet, qui est aujourd'hui en France le médecin qui s'occupe avec le plus de succès de tout ce qui est relatif à l'histoire de la vaccine.

Précaution pour la vaccination; manière de la pratiquer. — On peut vacciner dans toutes les saisons et à tout âge; on attend généralement que les enfants soient âgés de deux ou trois mois pour les inoculer; mais cette pratique n'a aucun avantage, et ce retard a été cause que beaucoup d'enfants ont eu une variole qu'on aurait pu leur éviter. Il n'y a aucune préparation a faire subir aux sujets qu'on va vacciner. L'opération de la vaccine est fort simple. Elle consiste à prendre d'abord sur la pointe d'une lancette une goutte du fluide vaccin, l'opérateur saisit alors avec la main gauche la partie postérieure du bras du sujet, de manière à tendre la peau, tandis que l'autre main, armée de l'instrument, introduit celui-ci horizontalement sous l'épiderme à la profondeur de quelques millimètres. On retire bientôt la lancette, en retournant un peu la lame de manière à l'essuyer. Si le vaccin dont on se sert est solide, on ne l'inocule qu'après l'avoir délayé dans une très petite quantité d'eau. Il convient de faire ainsi deux ou trois piqûres à chaque bras, car peut-être plusieurs boutons préservent mieux et plus longtemps qu'un seul: c'est ce qui semble du moins résulter des recherches d'Eichorn. D'ailleurs on sait que sur quatre ou six piqûres, il n'y en a souvent qu'une seule ou deux qui prennent.

Effets de l'inoculation vaccinale. — Au moment de l'inoculation, il se forme presque toujours autour de la piqûre une auréole rouge qui disparaît après quelques minutes, et qui ne présage pas, comme on l'a dit, le succès de la vaccine. Pendant les trois premiers jours, la partie vaccinée ne présente aucun changement; mais dès la fin du *troisième* ou *quatrième jour*, on commence à sentir au niveau des piqûres un point dur et saillant, qui grossit le *cinquième jour*, et devient le siége d'un prurit; au *sixième* il s'élargit, s'aplatit, s'ombilique à son centre, et prend une teinte d'un blanc bleuâtre. Au *septième* et au *huitième jour*, la pustule augmente; une auréole rouge l'entoure; l'inflammation s'étend au tissu cellulaire. Au *neuvième* et au *dixième jour*, l'auréole s'étend; l'engorgement augmente; il y a parfois un peu de fièvre, d'agitation ou de malaise, surtout chez l'adulte, dont les ganglions axillaires s'engorgent aussi plus souvent que chez les enfants. Au *onzième*, la pustule se flétrit; elle brunit; l'auréole pâlit et jaunit. Du *douzième* au *treizième jour*, la dessiccation s'opère; la croûte tombe du *vingtième* au *vingt-cinquième jour*, et laisse à découvert une cicatrice gaufrée et rayonnée.

Si on étudie *anatomiquement* le bouton vaccinal, on voit qu'il siége

dans le corps muqueux. Constitué d'abord par un tubercule, il offre plus tard, quand on l'incise, une foule de petites cellules séparées, sans communication entre elles, et contenant le fluide vaccin. Cette disposition existe surtout du sixième au neuvième jour. Enfin, lorsque la suppuration est bien établie, toutes les cloisons se rompent, et on ne trouve plus qu'une cavité.

La vaccine n'offre pas toujours une marche aussi régulière que précédemment : ainsi la période d'incubation peut être ou plus longue ou plus courte : ce dernier cas doit toujours inspirer des doutes sur la bonté de l'éruption. Si plusieurs boutons surviennent sur le même sujet, ils ont presque toujours la même marche et le même développement; cependant il n'est pas rare d'observer le contraire, de voir, par exemple, des pustules toucher à leur fin, tandis que d'autres ne font que de commencer. Dans la presque totalité des cas, les pustules ne se développent que sur les points même où l'inoculation a été pratiquée; cependant, on a vu exceptionnellement une éruption vaccinale se faire plus ou moins loin du lieu d'insertion et sans qu'on puisse l'expliquer par une inoculation secondaire.

Fausse vaccine. — Indépendamment de l'éruption que nous avons précédemment décrite, l'inoculation vaccinale peut en produire une autre, différente de la première, par sa marche, sa forme et sa durée. Elle se montre dès le premier ou deuxième jour, n'offre ni dépression centrale, ni bourrelet, ni éclat argenté; le bouton est acuminé, et lorsqu'on le perce il laisse échapper un fluide qui, en se desséchant, ressemble à de la gomme; la tumeur se vide tout d'un coup, parce que, contrairement à la pustule vaccinale, elle n'est formée que d'une cavité. Enfin cette éruption parcourt toutes ses périodes en six ou sept jours, c'est-à-dire qu'elle finit lorsque la bonne vaccine est arrivée dans toute sa force. L'éruption dont je viens de parler s'appelle *fausse vaccine*, parce qu'elle n'a aucune vertu préservatrice. Les causes ordinaires de la fausse vaccine sont l'inoculation d'un vaccin vieux ou altéré, ou bien l'insertion du virus sur un individu qui a eu jadis la variole ou une vaccine régulière.

Traitement. — Il n'y a rien à changer aux habitudes d'un sujet vacciné. Si l'inflammation locale était trop vive, on couvrirait la partie de cataplasmes émollients; s'il y avait un peu de fièvre, on prescrirait la diète et l'usage de quelques délayants.

La vaccine n'est pas une affection purement locale. — En effet, la vertu préservatrice de la vaccine et les cas bien constatés de boutons *surnuméraires* prouvent suffisamment que le virus résorbé agit sur toute l'économie. Il est des auteurs enthousiastes qui ont fait de la vaccine une panacée pour toutes les maladies de l'enfance, tandis que ses détracteurs l'ont accusée de produire le rachitisme, les scrofules et

la phthisie. L'observation a depuis longtemps fait justice de toutes ces assertions; on peut affirmer aujourd'hui que la vaccine ne guérit aucune maladie de l'enfance, et qu'elle ne peut préserver les individus d'aucune autre affection que de la variole.

Epoque à laquelle la vaccine est préservatrice de la variole. — On n'est pas d'accord sur l'époque à laquelle la vaccine commence à être préservatrice. Les uns disent que ce n'est qu'au neuvième jour, c'est-à-dire à l'époque où on suppose que le virus résorbé agit sur toute l'économie; d'autres, au nombre desquels il faut compter M. Bousquet, prétendent que l'infection s'accomplit pendant la période d'incubation, et regardant le développement du bouton comme la conséquence ou la preuve de cette infection, admettent que la vaccine est préservatrice dès le troisième jour au plus tard. Cette opinion, qui compte des faits nombreux en sa faveur, me paraît être la plus probable.

A quelle époque peut-on prendre du vaccin dans les boutons? — M. Bousquet s'est assuré qu'un bon vaccin existe déjà dans un bouton qui ne fait que de naître; mais il est en petite quantité, et on ne l'extrait qu'avec peine. Ce n'est que du sixième au neuvième jour qu'il convient de s'en servir.

Qualités d'un bon vaccin. — Les qualités d'un bon vaccin sont d'être liquide, clair, limpide, diaphane, parfois un peu jaunâtre, légèrement visqueux; de sortir lentement du bouton piqué; enfin de se dessécher promptement à l'air sous la forme d'un enduit gommeux. Ce fluide n'est point volatil; appliqué sur l'épiderme, il n'y exerce aucune action; il faut, pour qu'il soit absorbé, que la peau soit dénudée. En règle générale, plus le vaccin est jeune, plus il est actif; ses effets sont d'autant plus sûrs, que le bouton en contient moins. Toutes choses égales d'ailleurs, le vaccin qu'on prend sur les jeunes enfants a des effets plus certains que celui provenant de personnes âgées. Dans le monde, les parents se préoccupent beaucoup de l'idée que leurs enfants pourraient être vaccinés avec de mauvais vaccin, c'est-à-dire provenant de sujets malsains; mais M. Bousquet a prouvé qu'il n'y a pas plusieurs qualités de vaccin, et que le virus qu'on retire d'un enfant fort ou faible, d'un individu ayant la syphilis, les scrofules, etc., a la même efficacité. Malgré l'opinion contraire de Monteggia et de quelques autres médecins italiens, il ne paraît pas que, lorsqu'on prend le vaccin sur un sujet atteint de syphilis, la pustule contienne les deux virus.

Mode de conservation du vaccin. — Le vaccin est conservé entre deux plaques de verre lutées avec de la cire et entourées de plomb. Ce mode de conservation me paraît préférable au tube, et je suis heureux d'invoquer en faveur de cette opinion l'autorité de M. Bousquet, qui en cela, comme pour tout ce qui concerne la vaccine, a une grande expérience.

Le virus vaccin a-t-il dégénéré depuis Jenner? La chose me paraît incontestable. Il y a peu d'années, M. le docteur Perdreau ayant découvert du cowpox sur une vache de Passy, M. Bousquet le recueillit, l'inocula comparativement avec l'ancien vaccin, et il résulta de cette comparaison que le nouveau virus réussissait dans des circonstances où le virus ancien échouait; que le premier donnait des pustules plus larges, plus belles, plus brillantes, qu'il excitait une inflammation et une fièvre plus fortes: aussi a-t-on eu raison de substituer le vaccin de Passy à celui de Jenner dans les inoculations que l'on pratique actuellement.

Durée de la vertu préservatrice de la vaccine. — Dans ces derniers temps, on a beaucoup discuté la question de savoir si la vaccine préservait pour toujours de la variole ou si elle n'avait qu'une vertu préservatrice *temporaire.* Cette grave question d'hygiène publique n'est pas encore résolue. Cependant, il résulte des documents officiels très nombreux recueillis surtout en Danemark, en Suède, en Prusse et en Angleterre, documents qui ont été analysés par deux savants médecins, MM. Dezeimeris et Hardy, dans le tome 2e du journal *l'Expérience*, que la variole est très fréquente chez les sujets vaccinés; que ce nombre a augmenté d'année en année, et que la maladie a sévi surtout chez ceux dont la vaccine remonte déjà à une époque éloignée. Ceci porterait à penser que le virus vaccin ne préserve que pour un temps de la variole, et qu'il convient de faire des revaccinations. Mais à quelle époque y recourir? Suivant le docteur Heim, il serait nécessaire de revacciner au plus tard après la dix-septième année. Gregory veut que ce soit après quatorze ans; d'autres, à un intervalle plus ou moins rapproché. D'ailleurs, tout le monde s'accorde à dire qu'il faut revacciner indistinctement tous les sujets, même ceux qui portent les cicatrices les plus régulières. Lorsque la revaccination ne réussit pas, on devra la répéter tous les ans, jusqu'à ce qu'on obtienne un effet.

Cette pratique des revaccinations est aujourd'hui généralement adoptée dans les pays du Nord, et elle tend aussi à se répandre en France. Cependant, la nécessité des revaccinations n'est pas encore démontrée. Les cas nombreux de variole ou plutôt de varioloïde qu'on a observés chez des sujets vaccinés, n'indiquent pas nécessairement que le vaccin n'ait qu'une vertu préservatrice temporaire. Il est, en effet, des organisations qui sont aptes à ressentir successivement les effets du vaccin et de la variole, et il est injuste d'exiger plus du vaccin que de la variole elle-même. Nous avons dit, en effet, précédemment qu'il est des individus qui peuvent contracter la variole plusieurs fois dans le cours de leur vie. Mais si la vaccine ne met pas nécessairement à l'abri d'une variole consécutive, elle rend celle-ci tellement bénigne que la mort en est rarement le résultat. L'épidémie de Marseille de 1828 a même prouvé que la variole avait été moins souvent funeste chez les sujets vaccinés que

chez les individus qui avaient eu antérieurement une première petite-vérole.

Qu'est-ce que le virus vaccin? On a pu juger d'après ce qui précède de l'analogie et des différences qui existent entre l'éruption variolique et l'éruption vaccinale. Mais quel rapport y a-t-il entre les deux virus? On a soutenu que le virus vaccin n'était autre chose que le virus varioleux, qui, inoculé à la vache, s'était ainsi modifié et adouci. Un médecin anglais a prétendu, en effet, qu'ayant inoculé la variole à une vache en l'enveloppant d'une couverture d'un varioleux, l'animal avait pris la variole, et que celle-ci, reportée sur l'homme, s'était changée en vaccine. Ce fait, s'il est exact, est unique dans la science, car jusqu'à présent toutes les expérimentateurs qui se sont occupés de cette question ont toujours échoué lorsqu'ils ont voulu transmettre la variole de l'homme à la vache. Nous ignorons donc encore les rapports que les virus vaccin et varioleux ont entre eux. Y a-t-il identité, ou solidarité, ou bien incompatibilité? C'est ce qu'il est imposible de dire dans l'état actuel de la science. Le mode d'action du vaccin pour préserver de la variole est encore un de ces mystères qu'il ne nous a pas été permis de percer.

DE LA VARIOLOÏDE.

Synonymie. — Variole modifiée; varicelle pustuleuse ombiliquée.

Le mot *varioloïde* a été proposé par Thomson pour désigner une éruption cutanée pustuleuse qu'on n'observe guère que chez les sujets vaccinés ou ayant eu déjà une première variole, et ne différant de cette dernière affection que par la rapidité de sa marche et par l'absence de toute fièvre secondaire.

Historique. — La varioloïde n'est point une affection nouvelle, comme quelques personnes l'ont pensé. Si, en effet, on parcourt la relation des principales épidémies de variole que les anciens nous ont laissées, on voit que les auteurs ont souvent observé chez les sujets variolés une nouvelle éruption *varioliforme*, dont ils ont le plus souvent mal défini les caractères, et qu'ils ont décrite, soit comme une varicelle, soit comme une variole ordinaire, mais qui se rapporte plutôt à la varioloïde. Ces varioles consécutives ou modifiées ont plus spécialement fixé l'attention des médecins depuis l'introduction de la vaccine.

Symptômes et marche. — La varioloïde s'annonce par les mêmes symptômes prodromiques que la variole. Comme dans celle-ci, l'éruption commence du troisième au quatrième jour par des taches rouges, au centre desquelles est une papule dure et saillante. L'éruption a presque toujours lieu simultanément ou presque simultanément sur tout le corps; d'autres fois, plusieurs éruptions successives se font à un ou deux

jours de distance. Le nombre des boutons varie ; dans quelques cas on n'en trouve que dix à douze disséminées sur la figure, le tronc et les membres ; le plus souvent leur nombre dépasse cent ; enfin, il n'est pas rare de voir l'éruption confluente couvrir la presque totalité du corps. Dès le lendemain de leur apparition, les élevures contiennent un fluide séreux ; vers le troisième ou le quatrième jour, elles sont aplaties, et pour la plupart ombiliquées. Résistantes au toucher, une aréole rouge les entoure. Au sixième ou septième jour, le liquide qu'elles renferment est opaque ; il commence à se concréter dès le septième ou huitième jour. La dessiccation est complète vers le neuvième ou dixième, Les malades n'exhalent pas alors l'odeur fétide qu'on remarque chez les varioleux ; enfin, à la chute des croûtes, on trouve rarement de petites cicatrices circulaires, mais ce sont plus souvent des tubercules ou des taches violacées qui peuvent persister plusieurs mois. La varioloïde s'accompagne de fièvre, d'inappétence et de malaise ; comme dans la variole, on observe le gonflement de la face, et une éruption analogue à celle de la peau a lieu dans la bouche et le pharynx ; mais il y a rarement du ptyalisme ; et l'époque de la suppuration n'est jamais marquée par un redoublement de la fièvre ; celle-ci diminue ou cesse vers le neuvième jour.

La marche de la varioloïde n'est pas toujours aussi régulière ; elle peut même être différente pour les papules qui ont apparu le même jour. Si, en effet, la plupart ne contiennent de pus qu'après six ou sept jours, il n'est pas rare pourtant de voir des pustules se former en vingt-quatre heures, et présenter déjà un commencement de dessiccation, dès le deuxième ou troisième jour. D'autres boutons restent stationnaires, et finissent par se résoudre sans se transformer en pustules. Il résulte de cette marche irrégulière de l'éruption qu'on peut trouver à la fois sur le même individu des papules, des vésicules, des pustules et des croûtes.

Durée, terminaisons. — La varioloïde a une durée de dix à quatorze jours, et sa terminaison est presque constamment heureuse.

Diagnostic.—En résumé, les varioloïdes dont la marche est régulière ne diffèrent point des varioles discrètes pendant le premier septénaire. En effet, les prodromes et les caractères primitifs de l'éruption sont les mêmes dans les unes et dans les autres ; mais, plus tard, nous trouvons une différence capitale, puisque la fièvre secondaire ou de suppuration qui existe constamment du huitième au neuvième jour dans la variole manque toujours dans la varioloïde. Cette dernière présente aussi, dans la plupart des cas, une grande irrégularité dans la manière dont l'éruption se fait et dans la marche qu'elle suit. Enfin on observe rarement à sa suite les cicatrices qui sont si communes après la variole. La variole et la varioloïde ne sont que des variétés d'une même affection. On

BASS MEDICAL COLLEGE

a prétendu trouver des différences *anatomiques* entre les pustules de la variole et celles de la varioloïde ; mais il n'y a rien de fondé à cet égard. Les dissections ont démontré, en effet, que les pustules avaient la même structure ; toutes contiennent un disque pseudo-membraneux, qui offre seulement un peu moins de développement dans les pustules de la varioloïde. Tous ces faits semblent donc démontrer que la variole et la varioloïde ne constituent que des variétés d'une même affection. Mais d'autres faits prouvent encore l'identité des deux maladies. Ainsi la variole et la varioloïde existent simultanément dans la même épidémie ; on a vu fréquemment la variole donner naissance à la varioloïde, et réciproquement. Enfin quelques médecins ayant eu la témérité d'inoculer le pus de la varioloïde, ont souvent produit des petites-véroles qui ne différaient en rien des varioles spontanées ; d'autres fois l'éruption suivait la marche qu'on observait autrefois dans la variole inoculée, c'est-à-dire que des pustules se développaient d'abord au niveau des piqûres, puis au septième jour, la fièvre, le lumbago, les nausées survenaient, et une éruption consécutive se faisait sur le reste du corps. Ainsi la variole et la varioloïde sont produites par le même virus ; ces deux maladies sont donc identiques. La varioloïde n'est donc, comme on l'a dit, qu'une variole *modifiée*. On ne l'observe presque jamais que chez des sujets qui ont eu déjà la petite-vérole, et surtout chez ceux qui ont été vaccinés. Il est infiniment rare de la rencontrer chez un sujet qui n'est ni vacciné ni variolé. La varioloïde peut affecter plusieurs fois le même individu ; elle a d'ailleurs la même vertu préservatrice contre la variole que la variole même.

Pronostic. — La varioloïde tue rarement les sujets qu'elle atteint ; cependant elle peut avoir une terminaison funeste lorsqu'elle se complique d'accidents nerveux, d'hémorrhagie et de laryngo-trachéite, comme on en a observé plusieurs exemples dans l'épidémie de Marseille de 1828.

Traitement. — Le traitement est le même que dans la variole discrète.

DE LA VARICELLE, OU PETITE-VÉROLE VOLANTE, OU VÉROLETTE.

Je réserve le mot de *varicelle* pour désigner une maladie fébrile caractérisée par l'éruption d'un nombre plus ou moins considérable de vésicules, dont la dessiccation s'opère du cinquième au huitième jour sans présenter de fièvre secondaire. Cependant quelques auteurs, et M. Rayer en particulier, ont compris sous le nom de varicelle non seulement l'éruption dont je parle, mais encore toutes les affections varioliformes qu'on observe chez les sujets vaccinés et dont j'ai parlé dans l'article précédent. On a prétendu, en effet, que, quelque différentes

qu'elles fussent entre elles sous le rapport de leurs caractères extérieurs, ces diverses éruptions étaient néanmoins identiques, qu'elles avaient la même origine, la même source, qu'elles étaient, en un mot, produites par le même contagium. Le professeur Thomson d'Édimbourg, qui l'un des premiers a soutenu cette doctrine, a invoqué en faveur de son opinion, 1° l'existence simultanée de la variole et de la varicelle dans le cours d'une épidémie de variole; 2° sur ce que la varicelle ne se rencontre que chez des sujets ayant eu, plus ou moins longtemps avant, une variole ou une vaccine; 3° enfin sur la possibilité de produire une variole avec la varicelle, et réciproquement.

Cependant, on a contesté à M. Thomson l'exactitude de tous ces faits: c'est ainsi qu'on a vu la varicelle régner même épidémiquement sans être accompagnée de variole. La variole, en outre, affecte fréquemment des sujets qui n'ont été ni vaccinés ni variolés, et, chez eux, l'éruption ne diffère en rien de celle qu'on observe chez les individus qui l'ont consécutivement après la variole et la vaccine. On a aussi nié que la varicelle pût produire la variole, et réciproquement. Enfin, on a même contesté à la varicelle vésiculaire tout caractère contagieux. On voit donc qu'il existe encore à cet égard beaucoup d'incertitude, et il est impossible, dans l'état actuel de la science, de se prononcer sur ce sujet avec connaissance de cause. Cependant, en ne tenant compte que des caractères de l'éruption elle-même, nous croyons que la varicelle constitue une affection distincte de la variole comme de la varioloïde.

Symptômes, marche. — L'éruption qui caractérise la varicelle est précédée pendant vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures par du malaise, de la céphalalgie et de la fièvre; il y a assez souvent aussi des vomissements et des douleurs épigastriques. Ces symptômes varient d'ailleurs d'intensité; ils diminuent et quelquefois même ils cessent au moment de l'éruption.

Celle-ci est caractérisée par des vésicules existant en nombre plus ou moins considérable, et dont la disposition variable a fait admettre deux formes ou variétés de varicelles. Dans la première forme, à laquelle les auteurs anglais ont donné le nom de *chicken-pox*, on voit d'abord apparaître de petites taches rouges semblables à des morsures de puces, qui se transforment pour la plupart, dès le lendemain de leur apparition, en vésicules dont les unes pointues et les autres aplaties sont remplies d'un liquide qui reste rougeâtre pendant un ou deux jours. Au bout de ce temps, la sérosité devient opaque, lactescente, en même temps les vésicules se flétrissent. Au cinquième jour, elles commencent à se dessécher, et, vingt-quatre heures plus tard, elles sont remplacées par de petites croûtes minces et brunâtres qui tombent du neuvième au dixième jour.

Dans la deuxième forme de la varicelle, appelée *swine-pox* par les mé-

decins anglais, ou varicelle *conoïde* par Willan, on commence, comme dans la forme précédente, par observer des taches lenticulaires rouges, au centre desquelles apparaît bientôt une vésicule conoïde plus volumineuse que celles du *chicken-pox*, et dont le liquide se trouble dès le deuxième jour. Elles sont entourées d'une aréole inflammatoire; stationnaire les quatrième, cinquième et sixième jours, elles commencent à se dessécher au septième, et, lorsque les croûtes jaunâtres qui leur succèdent viennent à tomber, il n'est pas rare de trouver à leur place de petites cicatrices.

Il faut rapporter à cette dernière forme de varicelle la variété qu'on a décrite sous le nom de varicelle *pustuleuse globuleuse*, à cause de l'aspect arrondi et globuleux de l'éruption. Mais on a tort de la nommer pustuleuse, puisque, d'après la remarque de Willan, l'état pustuleux est consécutif. Il n'est apparent qu'au deuxième jour de l'éruption, qui est d'abord uniquement constituée par des vésicules. Je ne dirai rien de la varicelle *papuleuse*; celle-ci existe concurremment avec les varicelles dont je viens de parler, elle est constituée par des papules qui avortent ou se résolvent après quelques jours de durée.

Les vésicules de la varicelle sont le siége d'un prurit plus ou moins vif qui souvent porte les malades à les déchirer. Elles sont en nombre plus ou moins considérable. Presque toujours discrètes, on les a vues pourtant être confluentes. Dans la plupart des cas, elles commencent à être visibles au tronc avant d'occuper la face. En général, on observe pendant plusieurs jours des éruptions successives, de sorte qu'on peut voir sur le même individu la maladie parvenue à des degrés différents.

Diagnostic. — On ne pourrait confondre la varicelle avec la variole modifiée, que lorsque les vésicules ont passé à l'état pustuleux; mais elles diffèrent de celles de la variole par l'absence de la dépression ombiliquée et du disque pseudo-membraneux ainsi que par la rapidité avec laquelle la dessiccation s'opère.

Pronostic. — Le pronostic n'offre aucune gravité.

Etiologie. — La varicelle est plus fréquente dans l'enfance, mais elle n'est point exclusive à cet âge, comme on l'a prétendu à tort. Les causes qui y donnent lieu sont tout-à-fait inconnues. Nous avons déjà dit combien il était douteux que la varicelle fût produite par le contagium variolique. Mais, il y a dans la science des faits assez nombreux observés par Willan, Fontaneille et Eichorn, qui prouvent que les différentes variétés de varicelles que nous avons reconnues pourraient être transmises par inoculation.

Traitement. — Le traitement de la varicelle consiste dans l'usage de boissons douces prises tièdes, dans le séjour au lit, au milieu d'une température convenable, et dans l'abstinence des aliments.

DE LA ROUGEOLE.

Synonymie. — *Morbilli, rubeolæ* : fièvre morbilleuse.

La rougeole est un exanthème contagieux s'accompagnant, au début, de fièvre, de larmoiement, de coryza et de toux, et s'annonçant à l'extérieur par de petites taches rouges, irrégulières, dont quelques unes sont saillantes, et qui, disparaissant vers le septième ou huitième jour de la maladie, sont suivies le plus souvent d'une desquamation furfuracée.

Historique. — Willan n'a pas réussi à prouver que la rougeole ait été connue des Grecs et des Romains. Probablement originaire de l'Asie, on ne sait point l'époque précise de son importation en Europe. Il est probable pourtant qu'elle y apparut en même temps que la variole, car Rhazès, qui en trace la première description exacte, ne signale pourtant pas la rougeole comme étant une maladie nouvelle. Le mot de *morbilli*, par lequel la rougeole est souvent désignée dans les auteurs anciens, a été proposé dans le IIe siècle, par Constantin dit l'Africain, et signifie *petite peste*, parce qu'elle eut probablement alors une gravité qu'elle a rarement aujourd'hui. La rougeole a été l'objet d'un grand nombre de travaux parmi lesquels je dois citer ceux de Rhazès, de Rivière, de Sennert, de F. Hoffmann, de Sydenham, de Morton, de Willan.

Description de la maladie. — La rougeole simple (*rub. vulgaris*) présente quatre stades, qui sont : l'incubation, l'invasion, l'éruption, la desquamation.

Premier stade. — Je ne dirai rien de la période d'incubation, pendant laquelle on n'observe aucun dérangement appréciable dans la santé. Elle a une durée de six à sept jours.

Deuxième stade ou invasion. — Le début de la rougeole est marqué par des frissons irréguliers, par des lassitudes, un malaise général, de l'inappétence, de la céphalalgie, de la fièvre. A ces symptômes, dont l'intensité varie, se joignent, le deuxième jour, des signes d'inflammation du côté de plusieurs membranes muqueuses. Ainsi les conjonctives sont injectées, rouges, et il y a du larmoiement; les fosses nasales laissent échapper un fluide séreux; elles sont le siége d'un prurit incommode qui excite l'éternument. Quelques malades accusent un léger mal de gorge, et presque tous se plaignent d'oppression, de douleur sternale; ils sont enroués; ils toussent sans rejeter aucun crachat, et l'auscultation de la poitrine fait souvent reconnaître alors çà et là un râle sibilant ou ronflant. Ces symptômes s'exaspèrent le jour suivant; parfois, chez les enfants surtout, il se joint un peu d'assoupissement, du délire, et même quelques mouvements convulsifs. Chez d'autres, il

y a des vomissements et de la diarrhée. En général, la peau n'est le siége d'aucune sensation spéciale; sa température est élevée, elle se couvre ordinairement de sueurs au moment où l'éruption s'opère.

Troisième stade ou éruption. — L'éruption cutanée se fait communément le quatrième jour de l'invasion; elle est caractérisée par de petites taches rouges irrégulières, ayant cependant, pour la plupart, les dimensions et la forme de morsures de puces; beaucoup forment une légère saillie, disparaissent momentanément sous la pression du doigt, et sont le siége d'un léger prurit. Ces taches, d'abord visibles à la face, se répandent successivement sur le tronc et les membres. L'éruption est souvent complète au bout de quelques heures; mais, dans la plupart des cas, elle n'est générale que douze ou vingt-quatre heures après. A cette époque la face est souvent très tuméfiée, et les paupières assez gonflées pour empêcher la vision. Les taches offrent beaucoup d'irrégularité, et diffèrent les unes des autres. Elles sont tantôt parfaitement distinctes entre elles; d'autres fois elles se réunissent en grand nombre, et forment de larges plaques rouges, à la surface desquelles le doigt sent de légères inégalités. On a dit que les taches de la rougeole qui siègent dans le corps réticulaire de la peau avaient la forme d'un croissant ou d'un arc de cercle; mais en les examinant attentivement, on ne tarde pas à se convaincre qu'elles ont toutes les formes imaginables, et qu'elles présentent dans leur configuration et leur disposition la plus grande irrégularité. La coloration n'est pas aussi partout la même; la rougeur a, en effet, des nuances différentes, suivant les points; dans aucun cas elle ne ressemble à celle de la scarlatine. Quelquefois, au milieu de l'éruption morbilleuse, on distingue de petites élevures papuleuses, ce qui lui donne un aspect tout particulier; on dit alors que la rougeole est *boutonnée*.

En général, lorsque l'éruption est complète, le malaise et la fièvre diminuent; mais presque toujours les symptômes que nous avons notés du côté des membranes muqueuses persistent; quelquefois même l'enrouement, la toux et l'oppression augmentent. Dans les cas où il existe de la douleur et de la sécheresse à la gorge, l'inspection de cette partie fait souvent constater, ainsi que sur toute la membrane muqueuse du palais, une éruption absolument semblable à celle des téguments. Vers le quatrième jour de l'éruption, le septième ou huitième à dater de l'invasion des premiers symptômes, on voit les taches pâlir; elles prennent une teinte jaune, pâle ou un peu bleuâtre, et souvent elles ne disparaissent pas, ou ne disparaissent qu'incomplétement, quand on les comprime avec les doigts. En même temps la fièvre s'éteint, et les symptômes de catarrhe diminuent ou cessent pour la plupart.

Quatrième stade ou desquamation. — Chez un grand nombre de malades, on n'observe pas de desquamation; mais dans la plupart des

cas, on voit, du neuvième au quatorzième jour de la maladie, l'épiderme se séparer dans plusieurs points sous forme de petites lamelles furfuracées, coïncidant souvent avec un léger prurit. A cette époque, toutes les fonctions reviennent à leur état normal; cependant il n'est pas rare de voir les symptômes de bronchite persister longtemps encore pendant la convalescence. La voix reste rauque; la toux, sonore, conserve un timbre particulier (*toux férine*). C'est à cette même période, et à la fin de celle qui précède, que les malades rejettent pour la plupart des crachats opaques, floconneux, déchiquetés, nageant dans un liquide trouble; d'autres sont tout-à-fait homogènes, purulents, ou striés de lignes opaques, tels qu'on les observe enfin dans la deuxième et la troisième période de la phthisie pulmonaire (Chomel).

Variétés. — Tels sont les symptômes et la marche la plus ordinaire de la rougeole. Cependant cette maladie ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères : ainsi il est des rougeoles dans le cours desquelles on n'observe point l'affection catarrhale des membranes muqueuses, c'est-à-dire l'ophthalmie, le coryza, l'angine, et surtout la bronchite (*rougeole sans catarrhe*) : parfois alors il n'existe pas même de fièvre; toute la maladie est constituée par l'éruption. D'autres fois, au contraire, on observe la fièvre et les symptômes ordinaires de catarrhe, tandis que l'éruption manque complétement (*rougeole sans éruption*), et, malgré cela, les individus sont désormais préservés de la rougeole, comme si cette maladie n'avait pas suivi une marche insolite. Chez quelques sujets affaiblis, on voit parfois, d'après Willan, l'éruption devenir livide, avec une teinte jaunâtre; des ecchymoses ou des pétéchies sont disséminées çà et là; celles-ci ont la forme et la configuration des taches morbilleuses; elles diffèrent par conséquent du véritable purpura (*rubeola nigra*). Enfin il existe des rougeoles *anomales :* ainsi l'éruption peut se montrer plus tôt ou plus tard que de coutume; elle peut commencer par les membres, n'exister que partiellement; d'autres fois elle s'éteint peu après son apparition. Cette rétrocession de l'exanthème succède souvent à l'impression du froid, à l'administration d'un purgatif, ou à quelque phlegmasie viscérale.

Complications. — Diverses complications peuvent entraver la marche de la rougeole; la pneumonie est la plus fréquente de toutes, chez les adultes aussi bien que dans le jeune âge, où elle est presque toujours lobulaire. Chez les enfants, on observe encore très fréquemment l'entéro-colite, la gangrène des lèvres et des poumons, les inflammations des méninges, le délire, le coma ou des convulsions, qui ne sont expliquées par aucune lésion matérielle, saisissable, des centres nerveux; la coqueluche et le croup surviennent beaucoup plus rarement. Enfin les auteurs, et Hunter surtout, rapportent des cas curieux où une éruption varioleuse et morbilleuse se serait montrée presque

simultanément sur le même individu ; alors l'une des éruptions suspend momentanément sa marche. Dans le cas dont je parle, c'est la rougeole qui ordinairement se développe la première.

Maladies consécutives. — Diverses affections peuvent survenir pendant la convalescence de la rougeole. Les plus fréquentes sont l'inflammation du bord libre des paupières avec ulcération et chute des cils, des engorgements ganglionnaires, des bronchites et des diarrhées chroniques, maladies qui sont généralement beaucoup plus rebelles que lorsqu'elles surviennent spontanément. La rougeole favorise le développement des tubercules. Ainsi MM. Rilliet et Barthez ont noté que, sur onze rougeoles primitives chez les enfants, il y a en avait une à la suite de laquelle se développaient des tubercules; de plus, il est démontré que la rougeole qui atteint les phthisiques hâte la marche de l'affection de poitrine. Enfin l'impression du froid pendant la convalescence peut donner lieu à une anasarque. Cet accident étant beaucoup plus commun après la scarlatine, j'en parlerai en traitant de cette dernière affection.

Cependant on a vu parfois la rougeole modifier heureusement, ou même guérir quelques maladies préexistantes : ainsi M. Rayer cite un eczéma chronique de la face, et Alibert un eczéma impétigineux du cuir chevelu qui ont guéri rapidement après une rougeole.

Ouverture des cadavres. — Chez les sujets qui succombent, on ne trouve pas de lésions qui soient spéciales à la rougeole. Celles qu'on rencontre sont l'effet des complications (voir plus haut).

Diagnostic. — Le développement de la fièvre et les symptômes de catarrhe existant simultanément du côté des muqueuses oculaire, nasale et bronchique, doivent faire soupçonner le développement prochain d'une éruption morbilleuse. Le diagnostic devient d'autant plus probable que le sujet est plus jeune, qu'il n'a point eu de rougeole antérieure, et que la maladie règne épidémiquement. Cependant on ne peut avoir à ce sujet que de simples présomptions, puisque tous ces symptômes appartiennent aussi bien à la rougeole qu'à la fièvre catarrhale. Mais toute incertitude cesse vers le troisième ou le quatrième jour, époque à laquelle l'éruption commence. La rougeole ne pourra être confondue avec une variole commençante, si on se rappelle que dans celle-ci les taches rouges présentent à leur centre *une élevure dure et pointue*, tandis que les taches de la rougeole sont sans dureté, tout au plus si le doigt promené légèrement perçoit quelques inégalités. Dans la forme boutonneuse pourtant, il existe des papules rouges qui pourraient faire croire à l'existence d'une variole; mais il est rare que les papules soient alors très multipliées, et l'existence de simples taches sur la plus grande partie du corps fait reconnaître le véritable caractère de la maladie. Nous verrons plus tard en quoi la rougeole diffère de la scarlatine, de la roséole, de l'érysipèle, de la miliaire rouge, etc.

Pronostic. — Dans notre climat, la rougeole est une maladie généralement bénigne ; il n'en est plus de même dans les saisons et les pays à température extrême, ou bien lorsqu'elle règne épidémiquement. Le travail de la dentition chez les enfants, et chez les femmes l'existence d'une grossesse, ou l'état puerpéral, sont des circonstances qui aggravent toujours le pronostic; les spasmes, les convulsions, les pétéchies, le délire, le développement d'une pneumonie, la disparition brusque de l'exanthème, sont des accidents graves, et qui doivent faire redouter une issue funeste.

Etiologie. — Il est peu de personnes qui échappent à la rougeole, et l'on peut établir qu'il y a bien moins de sujets qui y sont réfractaires, qu'on ne voit d'individus non vaccinés l'être à la variole. On a observé la rougeole à tous les âges de la vie, et, de même que la variole, on l'a vue quelquefois atteindre l'enfant encore renfermé dans le sein maternel. Cependant cette maladie est plus commune dans l'enfance et la jeunesse; elle règne dans tous les pays du globe et dans toutes les saisons; toutefois elle paraît avoir son maximum de fréquence vers l'équinoxe du printemps, tandis qu'elle décroît vers le mois de juillet. La rougeole reconnaît une cause spécifique, inconnue dans sa nature; elle est essentiellement contagieuse; il paraît que la contagion est possible depuis le moment où l'éruption s'opère jusqu'après la desquamation, et peut-être même jusqu'au vingtième jour.

Quelques expériences faites d'abord par F. Home en 1758, répétées par Speranza dans l'épidémie de Milan, de 1822, semblent prouver que le principe contagieux de la maladie réside dans le sang. Ces médecins ayant, en effet, pratiqué une légère incision sur les plaques rubéoleuses, et ayant inoculé le sang qui s'en écoulait, ont développé une rougeole régulière après une incubation de six jours. Alex. Monro et Looke disent aussi avoir pu inoculer la maladie avec l'humeur lacrymale et la salive. Mais leurs observations sont moins concluantes que celles de Home et de Speranza. Des médecins de Philadelphie les ayant d'ailleurs répétées, n'ont obtenu aucun résultat. Mais les faits les plus concluants, s'ils étaient suffisamment authentiques, seraient ceux de Katona, médecin hongrois, qui, dans une forte épidémie de rougeole, aurait inoculé la maladie à onze cent vingt-deux personnes, et n'aurait échoué que sept fois sur cent. Chez tous les autres, il serait survenu une rougeole très bénigne, dont les prodromes commençaient au septième jour de l'inoculation; l'éruption avait lieu, dit-on, le neuvième ou dixième, la desquamation le quatorzième, la guérison était complète au dix-septième. Katona pratiquait les inoculations indifféremment avec les larmes des malades, ou avec une goutte de liquide tiré des plaques.

La rougeole n'affecte presque jamais qu'une seule fois le même individu. Rosen n'a observé aucun cas de récidive pendant une pratique de

quarante-neuf ans. Cependant Baglivi, Dehaën, Meza, MM. Rayer, Guersant et Blache citent des faits qui prouvent que la même personne peut contracter la rougeole plusieurs fois.

Traitement. — Lorsque la rougeole est bénigne, il n'y a aucun traitement actif à faire. Le malade gardera le lit; on le protégera contre l'action d'une lumière trop vive; on le couvrira modérément; on entretiendra dans l'appartement une température douce et uniforme; on donnera des boissons adoucissantes et pectorales. Dans aucun cas, il ne convient d'imiter la pratique de quelques médecins anglais, qui font sur toute la surface du corps des lotions froides, pour diminuer la chaleur fébrile, car on pourrait supprimer l'éruption, et provoquer par là le développement d'une phlegmasie pulmonaire si commune dans le cours de cette maladie. Lorsque la fièvre est violente, lorsque la respiration est difficile, ou qu'il survient quelque complication de nature inflammatoire, la saignée est indiquée. Si quelques circonstances particulières font préférer l'application des sangsues à la phlébotomie, on prendra toutes les précautions pour éviter le refroidissement du corps. On pourra revenir plusieurs fois aux émissions sanguines; cependant il faut recourir à ce moyen avec la plus grande prudence. La disparition brusque de l'éruption exige un traitement différent, suivant la cause qui l'a produite. Dans les cas où elle dépend d'une inflammation viscérale, c'est contre celle-ci qu'il faut diriger la thérapeutique, en même temps qu'on tâchera de rappeler l'éruption au moyen de révulsifs puissants promenés sur la peau. Lorsque l'éruption se supprime sous l'influence d'un refroidissement, le malade sera plongé dans un bain chaud ou dans un bain de vapeur; on fera des frictions sèches ou aromatiques; on promènera des sinapismes; on appliquera des vésicatoires; on donnera des boissons diaphorétiques, et s'il existe de la prostration, on ranimera les forces par des toniques ou quelques excitants diffusibles, tels que le café, le thé, l'ammoniaque, l'esprit de Mindérérus, etc. La diarrhée est un accident fréquent de la rougeole, et il importe de l'arrêter promptement; on donne dans ce but les mucilagineux et les opiacés. Quelquefois les mucosités, qui sont secrétées en abondance dans les bronches, s'accumulent dans l'arbre aérien, et produisent, surtout chez les enfants, beaucoup d'anxiété et d'oppression; on calmera ces accidents en administrant un vomitif, et surtout l'ipéca. La bronchite intense devenant souvent capillaire, exigera les boissons pectorales, le kermès et les vésicatoires sur la poitrine. Contre les pneumonies qui surviennent si souvent, il est difficile de beaucoup insister sur les émissions sanguines; le tartre stibié à haute dose est généralement plus avantageux. Dans ces cas, les auteurs allemands préconisent l'infusion de feuilles de digitale (40 à 80 centigrammes dans 120 grammes d'eau), moyen que nous n'osons ni conseiller ni combattre. Les accidents cérébraux cèdent

souvent à l'application de quelques sangsues derrière les oreilles, et aux révulsifs portés sur les extrémités; mais il faut prendre garde de trop insister sur le premier moyen.

Prophylaxie. — Lorsqu'une rougeole maligne éclate dans une famille ou un pensionnat, etc., il faut se hâter de séquestrer les individus malades. Si l'épidémie est bénigne, peut-être convient-il de laisser les enfants communiquer librement entre eux, afin de les mettre à l'abri pour l'avenir d'une infection plus grave. C'est dans ce but que quelques auteurs ont conseillé dans les cas favorables l'inoculation de la maladie. Nous serions assez de cet avis : aussi voudrions-nous que les médecins qui ont la direction des établissements où sont réunis beaucoup d'enfants se livrassent à ce sujet à quelques expériences qui, dans aucun cas, ne peuvent avoir rien de fâcheux : voilà pourquoi nous n'hésitons pas à les conseiller. Quant aux moyens prophylactiques vantés dans ces derniers temps en Allemagne, tels que les fleurs de soufre (Tourtual), le mélange à parties égales du vin antimonié d'Huxham et d'oxymel scillitique (Wildberg), les fumigations chlorurées (Berndt), la belladone (Mandt), nous n'en dirons rien, car ils ne méritent aucune confiance.

DE LA SCARLATINE.

Synonymie.— *Morbilli confluentes; ignus sacer, morbilli ignei; febris scarlatina;* fièvre rouge; fièvre pourprée.

La scarlatine est un exanthème contagieux et fébrile, caractérisé par de petits points rouges granités et réguliers, ou de larges plaques d'un rouge framboisé occupant presque toute la surface du corps, s'accompagnant d'une coloration analogue dans la bouche, avec angine plus ou moins violente, et se terminant par desquamation à la fin du premier septénaire.

Historique. — Il est très douteux que la scarlatine ait été connue des Grecs, des Romains et même des Arabes; ce ne fut guère, dit-on, qu'en 1577 qu'elle fut positivement indiquée par Coyttar, médecin à Poitiers, sous le nom de *fièvre pourprée épidémique et contagieuse.* Quelques années plus tard, Baillou décrivit une épidémie analogue qui sévit à Paris. Longtemps confondue avec la rougeole et l'esquinancie, la scarlatine a été spécialement étudiée par Sydenham, Vogel, Cullen, Dehaen, Rosen, Stork, etc. Elle a été l'objet de travaux immenses, surtout dans le XVIIIe siècle, où l'on vit cette maladie n'épargner aucune région de l'Europe. Les travaux qui, depuis quarante ans, ont été fournis sur la scarlatine ont eu presque tous pour but de faire connaître certaines complications ou ont porté spécialement sur l'anatomie pathologique et la thérapeutique.

Anatomie pathologique. — La scarlatine ne détermine pas beaucoup

de lésions. Une couleur violacée de la peau, de la muqueuse du pharynx et de celle des bronches ; quelques ecchymoses dans le tube digestif ; une congestion sanguine, plus rarement une inflammation des bronches et des poumons avec une injection pointillée des centres nerveux, sont à peu près les seules altérations qu'on trouve dans les solides. Depuis quelques années on a dit aussi avoir rencontré les follicules intestinaux, et surtout les glandes de Peyer, rouges, volumineux, indurés, boursouflés ; or, c'est ce que je n'ai jamais vérifié dans aucune des autopsies que j'ai pratiquées. Quoi qu'il en soit, lorsque les follicules sont altérés, ils ne ressemblent jamais aux plaques gaufrées de la fièvre typhoïde, on n'y trouve *jamais* la matière jaune, ils ne s'ulcèrent pas, et les ganglions mésentériques restent sains. Enfin, les recherches de F. Fischer, celles plus récentes de Hamilton et de Rayer, ont prouvé que, chez les individus qui succombent à la scarlatine, les reins sont souvent hypérémiés, et qu'ils peuvent même présenter l'altération qui caractérise le premier degré de la maladie de Bright. Dans les scarlatines épidémiques et qui s'accompagnent d'un trouble profond dans l'innervation, on trouve presque toujours le sang diffluent. Si cette lésion n'est pas constante, on peut dire du moins qu'elle est la plus fréquente.

Division.—Le cours de la scarlatine se partage en trois périodes, qui sont : l'invasion, l'éruption et la desquamation. On pourrait aussi admettre une période d'incubation plus courte que dans la variole et la rougeole, car elle n'est guère que de trois jours (Heberden et J. Frank).

Première période. —L'*invasion* de la scarlatine est marquée par des frissons, de la fièvre, un grand malaise, de la céphalalgie, symptômes auxquels se joignent souvent des épistaxis, des nausées, des vomissements, un peu de mal de gorge, des accidents nerveux, tels que délire, coma, ou convulsions, spécialement chez les jeunes sujets. Ces symptômes vont en s'aggravant jusqu'au deuxième jour, époque à laquelle l'éruption commence.

Deuxième période, ou *éruption.* — La face se tuméfie légèrement, et on aperçoit sur elle de petites taches d'un rouge vif, ne formant point de saillie, et disparaissant momentanément par la pression. De pareilles taches se montrent bientôt sur le cou, la poitrine et les membres. Au bout de vingt-quatre heures, l'éruption est générale et complète. La peau offre alors une coloration écarlate uniforme, comme si on l'avait barbouillée avec du jus de framboises. Cette coloration existe tantôt par larges plaques irrégulières, séparées par des intervalles où la peau a son aspect normal ; d'autres fois, la couleur écarlate existe uniforme sur toute la surface du corps ; toutefois l'exanthème offre une rougeur plus intense et plus vive partout où l'épiderme a moins d'épaisseur, comme à la partie interne des cuisses, aux aines, sur le scrotum et sur les articulations dans

le sens de la flexion des membres. Assez souvent l'éruption scarlatineuse présente un autre aspect : au lieu des larges taches dont je viens de parler, on voit une multitude de petits points rouges extrêmement rapprochés les uns des autres, très réguliers dans leur disposition, ce qui donne à la surface de la peau l'aspect de certains granits très fins. Quelle que soit la période de l'éruption, la peau est brûlante, prurigineuse, sensible, tendue; les pieds et les mains sont gonflés, et les malades éprouvent de la gêne et de la roideur quand ils veulent fléchir les doigts. Les symptômes généraux et la fièvre persistent à peu près au même degré qu'avant l'éruption; la douleur de gorge augmente, et souvent les ganglions sous-maxillaires s'engorgent. Si on fait alors ouvrir la bouche au malade, on voit la face interne des lèvres et des joues, les gencives, le voile du palais et ses piliers colorés comme les téguments. Cette coloration se rencontre aussi sur la langue, mais, en général, un peu plus tard que sur les autres parties de la bouche, probablement à cause de l'épaisseur plus considérable de son épithélium. La rougeur framboisée de la muqueuse buccale et pharyngienne est un phénomène presque constant dans la scarlatine; cependant l'époque de son apparition varie beaucoup. Tantôt, en effet, elle précède l'exanthème cutané, d'autres fois elle apparaît avec lui; dans quelques cas, elle lui est postérieure, et n'est même bien visible que pendant la troisième période. L'éruption cutanée persiste en général au même degré pendant un ou deux jours. On a dit que sa couleur, moins vive le matin, était plus foncée le soir ou pendant la nuit; mais cette assertion n'est nullement prouvée. C'est lorsque l'exanthème a son maximum d'intensité, c'est-à-dire vers le quatrième ou cinquième jour, qu'on voit souvent, surtout chez les enfants, se développer sur les parties latérales du cou, de la poitrine, aux aisselles, aux aines ou ailleurs, un nombre plus ou moins considérable de petites vésicules semi-sphériques contenant un liquide d'abord transparent, puis un peu opaque; ce sont des *sudamina*, tels que nous les avons vus dans le cours de la fièvre typhoïde, mais en général plus gros que dans cette dernière affection. Lorsque cette éruption existe, on donne à la scarlatine le nom de *scarlatine miliaire*.

Troisième période, ou *desquamation*. — Vers le cinquième ou au plus tard le sixième jour, l'exanthème pâlit. Les interstices qui séparent les plaques deviennent plus considérables, la peau se détuméfie, la fièvre tombe, le mal de gorge disparaît. Au huitième jour, il n'y a généralement plus de trace de rougeur. La desquamation commence à se faire dès le cinquième jour sur la face et les parties latérales du cou et de la poitrine; du huitième au dixième jour, elle est bien établie. Elle a lieu par larges plaques, c'est ce qu'on voit surtout aux pieds et aux mains, où l'épiderme d'un orteil et d'un doigt, après s'être crevassé, être devenu rugueux et blanchâtre, se sépare parfois tout d'une pièce,

comme un doigt de gant. La desquamation n'a pas de période bien fixe ; nous ne l'avons vue quelquefois commencer que vers le quinzième jour, et il n'est pas rare, même quand elle se fait plus tôt, de la voir se prolonger jusqu'après le vingt-cinquième.

Variétés. — Tels sont les symptômes et la marche de la scarlatine qu'on nomme simple ou régulière. Sa durée moyenne est d'un septénaire. D'autres fois, la maladie présente d'autres caractères. Ainsi, l'angine, qui a ordinairement une médiocre intensité, peut être beaucoup plus vive et devenir même le symptôme prédominant : on dit alors que la scarlatine est *angineuse* (Willan). Dans cette variété, les phénomènes précurseurs sont, en général, plus graves ; la douleur et le gonflement de la gorge existent dès le début ; la déglutition est très difficile ; les amygdales sont tuméfiées et d'un rouge cramoisi ; elles se recouvrent, ainsi que tout le fond de la gorge, d'une matière pultacée, grise ou jaune, qui se colore quelquefois en noir, lorsque du sang a été exhalé, et qui se détache aisément et se reproduit de même. Enfin, les ganglions sous-maxillaires sont volumineux, très sensibles ; on les a vus quelquefois s'abcéder et constituer de véritables *bubons scarlatineux*. Dans la scarlatine angineuse, la fièvre est plus vive ; il y a souvent des nausées, des vomissements et de la diarrhée. En général, l'éruption apparaît un jour plus tard que dans la forme précédente. Au lieu d'occuper toute la surface du corps, elle n'existe souvent que dans des points limités, comme aux aines, aux aisselles ou aux mains ; elle disparaît parfois du jour au lendemain ; et la desquamation qui a lieu ensuite se fait moins régulièrement ; celle-ci est aussi plus tardive, et elle se prolonge souvent jusqu'après le troisième septénaire.

Il est une autre forme de scarlatine qu'on a appelée *maligne* en raison de la gravité qu'elle présente. Les prodromes offrent encore plus d'intensité que précédemment ; les malades tombent dans la prostration ; la langue et les dents s'encroûtent de fuliginosités, l'haleine est fétide ; il y a du délire ou du coma, de la surdité (*scarlatine nerveuse*). Le pouls, d'une fréquence extrême, est mou, dépressible ; souvent alors l'éruption apparaît à peine ; elle est partielle, et se supprime promptement ; elle prend une teinte livide, et est souvent parsemée de pétéchies et de larges ecchymoses. Des points gangréneux peuvent même se former dans divers points du corps ; le malade rend des urines sanguinolentes et des selles fétides ; enfin, il meurt tantôt subitement, d'autres fois après une longue agonie.

On voit que dans les formes angineuses et malignes l'éruption est souvent peu marquée et tout-à-fait éphémère. On conçoit que dans un grand nombre de cas, elle passe inaperçue des malades, et même des médecins, qui ont admis l'existence d'une fièvre scarlatine sans éruption à la peau. Mais ce fait est au moins douteux ; il est d'autant plus

contestable que dans ces cas on observe une desquamation comme si l'éruption avait été régulière et complète.

Complications. — Diverses affections peuvent compliquer la scarlatine : ce sont, dans les formes graves, des hémorrhagies passives ; la plupart des phlegmasies des organes thoraciques et abdominaux, mais qui sont néanmoins infiniment moins communes que dans la rougeole. Des accidents cérébraux très variables, tels que le délire, le coma, les convulsions, les contractures se développent aussi quelquefois. Ces symptômes, qui sont assez fréquents chez les enfants, simulent quelquefois une méningite ; cependant il est rare d'observer sur le cadavre des traces de phlegmasie intra-crânienne, et, presque toujours, les accidents nerveux observés pendant la vie ne laissent d'autres traces qu'une forte congestion, et, dans quelques cas seulement, un épanchement séreux dans les ventricules cérébraux. La complication avec la rougeole, la variole, l'érysipèle et les affections pustuleuses sont rares; mais l'urticaire est, après la miliaire, dont j'ai parlé plus haut, celle qui se montre le plus souvent avec la scarlatine; on ne l'observe guère qu'à l'époque de la desquamation. J'ai rencontré plusieurs fois des douleurs rhumatismales dans le cours des scarlatines, qui sont alors plus ou moins irrégulières. Cette complication, quoique assez rare, a pourtant été observée par Murray d'une manière épidémique.

Maladies consécutives. — L'anasarque est l'accident le plus fréquent qu'on observe pendant la convalescence de la scarlatine. Signalée vaguement par Sennert, mieux étudiée depuis par Storch, Navier, et Plenciz, etc., elle a été plus récemment, en Angleterre surtout, l'objet de travaux importants. L'anasarque se déclare spécialement chez les enfants, dans les saisons froides, humides, et succède souvent à un refroidissement ; mais ordinairement elle survient sans cause déterminante appréciable; elle se montre communément dans le courant du troisième ou quatrième septénaire de la maladie, rarement plus tard. Les malades, qui étaient dans un état satisfaisant, se plaignent tout-à-coup de fatigue, de malaise, d'insomnie; la figure est pâle, bouffie ; les paupières surtout sont tuméfiées ; l'œdématie occupe bientôt les pieds, les mains, le scrotum, et envahit, enfin, toute l'habitude du corps. Des épanchements séreux peuvent se former aussi dans les plèvres, et surtout dans le péritoine. Dans ces cas, l'urine est moins abondante; sa pesanteur spécifique est diminuée (Hamilton et Wood) ; elle est trouble, d'un rouge brun, et contient une plus ou moins grande quantité de sang ; quelquefois elle est pâle, décolorée. Si on la chauffe, ou si on y verse une certaine quantité d'acide nitrique, on produit aussitôt un coagulum plus ou moins abondant, formé par de l'albumine. Toutefois l'altération de la sécrétion urinaire n'est pas un phénomène constant; je crois même qu'il manque dans le plus grand nombre des cas. Les

symptômes généraux varient suivant que l'anasarque suit une marche aiguë ou chronique. Dans le premier cas il y a de la fièvre, de la céphalalgie, l'œdème résiste; dans la forme chronique, au contraire, il n'y a pas de fièvre, et la peau, presque froide, conserve facilement et longtemps l'impression du doigt. Plusieurs autres accidents surviennent encore : ainsi, beaucoup de malades vomissent et ont de la diarrhée; mais la plupart éprouvent quelques symptômes du côté des organes thoraciques; car la bronchite, la pleurésie, l'hydrothorax, l'œdème des poumons, et la pneumonie surtout, sont des complications extrêmement communes dans l'anasarque consécutive de la scarlatine. Enfin, il est des individus qui peuvent succomber rapidement dans un état comateux ou à la suite de convulsions. L'anasarque, après avoir présenté des alternatives en bien et en mal, diminue peu à peu, et finit par disparaître; sa durée est, en général, longue; il est rare qu'elle persiste moins de deux ou trois semaines; le plus souvent elle se prolonge pendant deux ou trois mois; un grand nombre de malades succombent, et beaucoup présentent, à l'autopsie, les altérations que nous ferons connaître plus tard comme caractérisant la maladie de Bright. L'anasarque est un accident assez commun, mais dont la fréquence varie beaucoup dans les différentes épidémies; dans celle d'Edimbourg, de 1835 à 36, elle est survenue dans un septième des cas environ (Wood).

Diagnostic. — La scarlatine diffère de la rougeole, avec laquelle on pourrait la confondre, 1° par ses prodromes; 2° par les caractères de l'éruption; 3° par la manière dont la desquamation se fait.

Les prodromes de la rougeole sont remarquables par les symptômes de catarrhe qu'on observe du côté des muqueuses oculaire, nasale et bronchique, tandis que rien de pareil n'a lieu dans la scarlatine. Dans celle-ci on constate presque toujours une angine assez forte, tandis que cette affection est très rare dans la rougeole, ou bien, quand elle existe, elle est toujours très peu marquée; et dans aucun cas la muqueuse buccale et pharyngienne ne présente cette coloration écarlate qu'elle a dans la scarlatine; enfin les prodromes ont une durée bien plus longue dans la première que dans la seconde. Quant à l'éruption, elle est *écarlate*, *framboisée* dans la scarlatine, et d'un rouge *beaucoup moins foncé* dans la rougeole. Dans celle-ci, d'ailleurs, il n'y a rien de régulier ni dans la couleur, ni dans la forme, ni dans l'étendue et la saillie de l'éruption. Dans la scarlatine, au contraire, tout est régulier; c'est ce qu'on remarque particulièrement pour la forme pointillée ou granitée, qui est celle qu'on pourrait le plus facilement confondre avec la rougeole. Enfin le mode de desquamation diffère essentiellement dans les deux maladies que je compare, puisque dans la rougeole elle est insensible, ou bien l'épiderme se détache sous forme de lamelles furfuracées, tandis que dans la scarlatine ce sont de larges plaques, de gros lambeaux ayant

plusieurs centimètres de longueur. Dans la forme angineuse, l'exanthème est quelquefois partiel; sa durée est souvent éphémère, de telle sorte qu'il peut passer inaperçu, et l'on croit alors à l'existence d'une esquinancie ordinaire ou d'une angine pultacée ou couenneuse. Cette erreur a été évidemment commise par Fothergill; il est facile, en effet, de se convaincre que l'épidémie qu'il a décrite sous le nom de mal de gorge, avec ulcères, n'était autre qu'une scarlatine angineuse. On ne fera point une pareille méprise, si on a égard aux symptômes généraux, plus graves dans la scarlatine que dans l'angine simple, à la coloration écarlate des amygdales, du pharynx et de la bouche. Enfin l'examen attentif de toutes les parties du corps fera reconnaître quelques rougeurs partielles, rougeurs qui ont existé chez tous les malades de Fothergill, mais dont cet auteur méconnut les véritables caractères, puisqu'il les regarda comme étant seulement érysipélateuses.

Pronostic. — C'est à tort que Sydenham a signalé la scarlatine comme une maladie bénigne, et qui ne pouvait devenir fatale que par l'impéritie du médecin. On doit dire, au contraire, avec Darwin, que la gravité de cette affection varie, suivant les épidémies, depuis l'innocuité de la piqûre d'une puce (quelquefois il n'y a pas même de fièvre) jusqu'au danger de la peste, du choléra et des varioles confluentes. Toutes choses étant égales d'ailleurs, la scarlatine est plus grave chez l'adulte et le vieillard que dans le jeune âge; l'état puerpéral est aussi une circonstance aggravante. Les scarlatines qui s'accompagnent d'hémorrhagies et d'accidents nerveux ont le plus souvent une issue funeste. L'anasarque qui succède à la scarlatine est souvent plus grave que la maladie elle-même, surtout lorsqu'elle suit une marche aiguë. Le pronostic est fâcheux ici, en raison de l'altération des reins, qui existe souvent, et à cause aussi des graves complications qui surviennent si fréquemment du côté des organes pectoraux.

Étiologie. — Les observations de Clarke, Heberden, J. Frank, prouvent : 1° que les enfants au-dessous de dix ans sont plus spécialement sujets à la scarlatine; 2° que jusqu'à vingt ans, elle affecte à peu près également les individus de l'un et l'autre sexe, tandis qu'après cet âge elle est plus commune chez les femmes. L'état puerpéral prédispose ces dernières à la contracter. MM. Rilliet et Barthez ont émis l'opinion que la scarlatine atteignait rarement les enfants tuberculeux, et cette proposition nous paraît également vraie pour l'adulte. La scarlatine aiguë règne dans toutes les saisons; mais elle sévit plus spécialement à l'équinoxe du printemps ou à l'automne. Elle est essentiellement contagieuse. On dit que Stoll a pu l'inoculer; mais Petit-Radel l'a vainement tenté. Elle n'affecte qu'une seule fois le même individu; les cas de récidive sont très rares. Quoique cette maladie soit fréquente, on peut dire

pourtant que le nombre des individus qui lui sont réfractaires est plus considérable que pour la rougeole et la variole.

Traitement. — Dans la scarlatine simple il faut abandonner le malade à la nature. La diète, le repos au lit, les pédiluves, les boissons acidules, tempérantes, une température douce, sont les seuls moyens qu'on doive employer. Les malades seront modérément couverts. La saignée n'est utile que lorsque la réaction est vive, le pouls large, dur, et qu'une congestion active a lieu du côté de quelque viscère. Currie, Thomson, Bateman et plusieurs autres médecins anglais ont beaucoup préconisé les lotions acidules, les aspersions froides, les affusions générales. Ils ont prétendu que ces moyens modéraient la chaleur, diminuaient la fréquence du pouls, procuraient du sommeil, et excitaient une transpiration salutaire ; mais l'expérience n'a pas encore prononcé sur l'efficacité de cette méthode, dont l'emploi n'est peut-être pas sans danger. La violence de l'angine rend quelquefois nécessaire l'application de sangsues sur les parties latérales du cou. Les médecins anglais ont plutôt insisté, dans ces cas, sur l'usage des purgatifs. Si la faiblesse du malade empêchait de tirer du sang, et si d'autre part quelque complication abdominale rendait l'emploi des purgatifs impossible, il faudrait combattre l'angine par des révulsifs cutanés, et surtout par un large vésicatoire appliqué à la nuque. Les gargarismes émollients sont utiles lorsqu'il n'existe pas trop de gonflement; on peut aussi, vers la fin, ajouter une petite quantité d'acétate de plomb (eau 120 grammes, alcool 15, vinaigre 8, acétate de plomb 50 centigrammes). Si l'angine devenait gangréneuse, on aurait recours aux gargarismes faits avec une décoction de quinquina, avec ou sans alcool camphré, ou bien on associe un quart de solution de chlorure d'oxide de sodium, de l'alun ou de l'acide chlorhydrique, moyens qu'il faut combiner avec un traitement tonique général. Quelques médecins ont préconisé le chlore, à la dose de 8 grammes, à titre de spécifique; d'autres ont conseillé l'administration de l'émétique, à doses vomitives, toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures; mais aucun fait ne prouve l'utilité du chlore. Quant aux vomitifs, ils ne conviennent que dans les cas de complication saburrale, ou bien lorsque des mucosités ou des fausses membranes existent dans l'arrière-gorge; alors les efforts de vomissement qu'ils provoquent expulsent facilement les matières qui obstruent le pharynx.

Dans la scarlatine maligne, et surtout dans la forme nerveuse, l'homme de l'art ne peut employer que des remèdes presque toujours impuissants. Ainsi, les révulsifs cutanés, comme les vésicatoires, les bains tièdes, le carbonate d'ammoniaque vanté en Amérique (4 à 10 grammes dans une potion), les purgatifs, les émétiques, les acides, les toniques, les antispasmodiques, surtout le camphre et le musc, sont

presque toujours sans action. Il en est à peu près de même des affusions faites en jetant sur les malades cinq ou six seaux d'eau très froide. Cette pratique, préconisée par Currie, a pour effet immédiat de diminuer beaucoup la chaleur morbide. On la dit utile lorsque la peau est brûlante, sèche, le pouls vif, et qu'il existe un délire violent. Cependant, jusqu'à présent, on n'a pas mis hors de doute l'utilité de cette médication, qui, jugée *à priori*, est irrationnelle, et dont l'emploi ne peut être justifié que par la gravité de la maladie et lorsqu'on veut, en désespoir de cause, appliquer l'axiome *melius anceps remedium quam nullum*.

Pendant la convalescence, et même plusieurs semaines après la guérison complète, il faut préserver les malades de toute espèce de refroidissement, et surveiller leur régime. Si, malgré les soins dont on les entoure, l'anasarque survient, on devra, si la fièvre continue, recourir à une ou plusieurs émissions sanguines, pourvu, d'ailleurs, que l'état du pouls le permette. M. Rayer a obtenu d'heureux effets de l'application de sangsues et de ventouses sur les régions rénales. Les bains tièdes sont également utiles. On devra, au contraire, s'abstenir d'administrer les diurétiques énergiques, dont le danger avait été déjà signalé il y a plus d'un siècle par les médecins florentins. — Dans la forme apyrétique de l'anasarque, on excitera la transpiration cutanée par l'emploi des sudorifiques, et surtout des bains de vapeur; on fera des frictions sèches, aromatiques, toniques; on donnera quelques purgatifs, et, si le sujet est faible et anémique, on prescrira le quinquina et surtout les préparations de fer.

Prophylaxie. — Comme on ne sait pas au juste l'époque à laquelle la scarlatine cesse d'être contagieuse, il est prudent de ne fréquenter les individus qui en ont été atteints qu'à la fin du troisième septénaire. On a préconisé un grand nombre de remèdes comme jouissant d'une vertu prophylactique contre la maladie; tels sont les purgatifs, les exutoires, le calomel, les acides à l'intérieur et en lotions, la gentiane, le goudron, etc.; mais ces substances n'ont point l'effet qu'on leur a attribué. Depuis quelques années, les médecins allemands ont beaucoup vanté la belladone. On conseille de dissoudre 10 centigrammes d'extrait de belladone dans 32 grammes d'eau de cannelle, et d'en donner chaque jour aux enfants de 2 à 4 gouttes pendant toute la durée de l'épidémie. D'autres préfèrent la teinture éthérée, qu'on prescrit à la dose de 6 à 10 gouttes par jour chez les enfants de huit à dix ans. Cependant l'expérience n'a pas encore prononcé suffisamment sur cette propriété qu'on suppose à la belladone. Il n'y a, d'ailleurs, aucun inconvénient à l'administrer lorsque la scarlatine règne épidémiquement dans un collége ou dans un village.

DE LA SUETTE MILIAIRE.

Synonymie. — *Miliaris sudatoria;* suette des Picards, fièvre suante.

La suette miliaire est une fièvre éruptive régnant presque toujours épidémiquement, et qui offre pour principal symptôme des sueurs très abondantes accompagnées le plus souvent d'une éruption miliaire.

Historique. — Rien ne prouve qu'Hippocrate et ses successeurs, jusqu'au milieu du XVIIe siècle, aient connu cette affection. Il nous paraît même qu'on ne peut rapporter à la suette miliaire la terrible maladie connue sous le nom de peste ou de suette britannique, qui, pendant quarante années, à dater de 1486, exerça les plus grands ravages dans une partie de l'Europe. Quant à la suette miliaire que je vais décrire, il n'existe encore dans la science aucune description qui atteste qu'elle ait régné épidémiquement avant l'année 1718. Bornée d'abord à la Picardie, elle a gagné plus tard les pays voisins, et a successivement occupé les départements de la Seine, de Seine-et-Oise, de la Loire-Inférieure, de l'Eure, de Seine-et-Marne; elle a même gagné l'Allier, le Bas-Rhin, le Puy-de-Dôme, l'Aube, la Haute-Garonne, le Rhône, la Dordogne, etc.; on la voit sévir presque tous les ans dans quelques unes de ces localités. L'une des épidémies les plus remarquables fut celle de 1821, qui eut lieu dans le département de l'Oise; M. Rayer nous en a laissé une bonne relation, qui est en même temps le seul traité complet que nous ayons sur la maladie.

Anatomie pathologique. — Les recherches anatomiques sont encore très incomplètes. On dit que la muqueuse de l'estomac est souvent rouge, que le cerveau est injecté et que les ventricules contiennent de la sérosité. Quelques personnes ont même parlé d'une éruption vésiculeuse qui se serait développée dans l'intestin; mais les dernières épidémies n'ont fait découvrir aucune lésion spéciale, si ce n'est peut-être un état de congestion des poumons et de quelques autres organes; c'est ce qui résulte du moins du travail que M. Taraud a envoyé l'année dernière à l'Académie de médecine. Disons toutefois que nous manquons encore à ce sujet de renseignements positifs, et il serait à désirer que les médecins qui pratiquent dans les pays où la suette miliaire sévit épidémiquement nous fixassent au plus vite sur le nombre et la nature des altérations qu'on rencontre après la mort.

Symptômes et marche. — La suette miliaire est le plus souvent précédée pendant quelques jours de malaise, de lassitude et d'anorexie, avec ou sans vomissements et diarrhée; d'autres fois le début est brusque; les malades, s'étant couchés bien portants, se réveillent dans la nuit inondés de sueurs. Celles-ci, qui constituent le phénomène dominant

de la maladie, en marquent le plus souvent le début. Elles coïncident avec un grand malaise, avec de la céphalalgie sus-orbitaire et une constriction douloureuse à l'épigastre, comme si un poids énorme s'opposait à la dilatation du thorax. L'abondance des sueurs s'accroît de plus en plus; elles pénètrent les vêtements, les couvertures et jusqu'au lit des malades; elles exhalent une odeur fétide, méphitique, que l'on a comparée à celle de la paille pourrie. En général, alors, la face est injectée, la soif vive, la langue blanche; l'urine est rare, rouge; il y a parfois de la dysurie et presque toujours de la constipation; le pouls est fort fréquent, développé; cependant, chez quelques malades, la réaction fébrile est médiocre. Ces symptômes persistent pendant trois ou quatre jours, et offrent souvent une ou deux exacerbations quotidiennes, mais sans rien présenter de régulier. Vers le troisième ou quatrième jour, le plus souvent au milieu d'un des paroxysmes fébriles, les malades accusent des picotements violents sur tout le corps, ou bien de la démangeaison et des engourdissements partiels, sensations qui coïncident communément avec l'apparition de l'éruption miliaire. Celle-ci consiste tantôt en une multitude de petites taches rouges, arrondies, saillantes à leur centre à cause d'une petite vésicule qu'on aperçoit quelquefois à peine à l'œil nu, mais qu'on distingue très bien au toucher : *c'est la miliaire rouge.* D'autres fois les vésicules, parfaitement transparentes, sans aréoles, ressemblent tout-à-fait aux sudamina que nous avons déjà vus dans la fièvre typhoïde et la scarlatine. On a donné à cette variété le nom de *miliaire blanche.* Cette éruption est surtout abondante sur le thorax; sa confluence peut être telle, qu'on peut à peine saisir l'interstice qui sépare chacune des vésicules. Mais bientôt la sueur redouble, et une rémission notable se remarque dans les symptômes. Il est rare qu'il n'y ait qu'une seule éruption; le plus souvent il y en a deux ou trois, même davantage; elles surviennent à un intervalle de douze ou vingt-quatre heures les unes des autres, et ont lieu au milieu d'un nouveau paroxysme. Dans l'intervalle de chaque éruption, les symptômes généraux et l'anxiété diminuent, quelquefois même la fièvre cesse; quant aux vésicules, beaucoup se déchirent, d'autres s'affaissent; dans la plupart, le liquide devient trouble, opaque, avant d'être résorbé. Dans cette période de la maladie, qu'on peut appeler la *période d'éruption*, il y a presque toujours de la constipation et de l'anorexie, etc., un ventre souple, indolent. Du sixième au dixième jour, les vésicules s'affaissent, se déchirent, et une desquamation furfuracée a lieu. On voit alors cesser l'anxiété des malades; le sommeil revient ainsi que l'appétit; les excrétions alvines se rétablissent, et les forces renaissent plus ou moins promptement.

Telle est la marche de la suette miliaire qu'on peut appeler *bénigne;* mais quelquefois la maladie revêt une forme plus grave, c'est la *suette maligne.* On voit alors des accidents nerveux survenir; il y a du délire, du

coma, des convulsions, des contractures, des soubresauts et des syncopes; les malades se plaignent surtout d'épigastralgie ou d'un sentiment de constriction thoracique qui va parfois jusqu'à la suffocation. Dans ces cas, l'anxiété est extrême, le pouls prend une grande fréquence, les traits se décomposent et la mort arrive. Quelques malades sont ainsi emportés en vingt-quatre ou quarante-huit heures; la plupart succombent au troisième ou quatrième jour. Si la terminaison est heureuse, la convalescence se déclare à la fin du premier et plus souvent encore du deuxième septénaire, quelquefois un peu plus tard.

Des inflammations viscérales compliquent quelquefois la suette miliaire. Des rechutes peuvent avoir lieu pendant la convalescence; mais en général la maladie est moins grave et elle a une durée plus courte.

Diagnostic. — La suette picarde ne saurait être confondue avec aucune autre affection. En effet, la constriction épigastrique, les sueurs excessives et l'éruption miliaire la caractérisent suffisamment et la différencient de toutes les autres affections. On a dit que l'éruption pouvait manquer; mais ce fait est loin d'avoir été démontré. Je ne rechercherai pas en quoi la suette diffère de la fièvre qu'on a appelée *miliaire*, et dont les médecins ont tant parlé dans la seconde moitié du dernier siècle; car il est prouvé actuellement que sous cette dénomination on confondait toutes les maladies aiguës et même chroniques dans le cours desquelles survenait une éruption de sudamina. L'éruption miliaire était toujours recherchée avec le plus grand soin par nos devanciers; et toutes les fois qu'ils en constataient l'existence, ils en faisaient le symptôme essentiel et prédominant, tandis que ce n'était qu'un épiphénomène presque sans aucune importance. J'établis donc que la fièvre miliaire, telle que l'entendaient les médecins d'autrefois, n'existe pas.

Pronostic. — Le pronostic varie beaucoup d'après les épidémies et suivant que la maladie affecte la forme bénigne ou maligne; dans les temps ordinaires, la mortalité n'est guère que d'un vingtième ou d'un vingt-cinquième.

Etiologie. — On ne sait rien sur la cause qui engendre les épidémies de suette miliaire; peut-être les localités humides et ombragées favorisent leur développement. La maladie ne respecte aucun âge; elle semble pourtant plus fréquente chez les adultes. On dit qu'elle est contagieuse à la manière de la rougeole et de la scarlatine, mais ce fait n'a pas encore été mis hors doute; la suette peut affecter plusieurs fois le même individu.

Traitement. — D'après plusieurs relations d'épidémies de suette miliaire que j'ai consultées, il m'a paru que la saignée générale était rarement indiquée, et qu'elle était souvent nuisible; au contraire, l'application de dix à vingt sangsues à l'épigastre a souvent produit une diminution dans la constriction et l'étouffement. Cependant ces accidents, qui sont

purement nerveux, cèdent ordinairement à l'opium, aux antispasmodiques et aux révulsifs, tandis que les cataplasmes simples ou arrosés de laudanum n'ont le plus souvent aucun effet. Dans le traitement de la suette, il est très utile de combattre la constipation à l'aide de lavements légèrement laxatifs; peut-être pourrait-on aussi administrer quelques purgatifs par la bouche; leur emploi d'ailleurs ne paraît pas avoir les inconvénients que quelques personnes leur ont attribués. Dans quelques cas le sulfate de quinine a semblé être utile; c'est ce qu'on a notamment remarqué en 1841 dans le département de la Dordogne, où les docteurs Taraud et Paingras donnèrent le sel de quinine à la dose de 1 à 2 grammes en raison de la marche souvent rémittente de la maladie. On prescrit généralement au malade l'usage de tisanes tempérantes acidules; on les donne tièdes. A tous ces moyens il faut ajouter la diète, la propreté, le renouvellement de l'air; enfin on évitera avec grand soin de refroidir les malades lorsqu'on sera obligé de les changer de linge ou de lit.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA NATURE DES FIÈVRES ÉRUPTIVES.

Pinel avait méconnu la véritable nature des fièvres éruptives lorsque, dans sa nosographie, il classait ces maladies parmi les phlegmasies cutanées. Nous prouverons, en effet, bientôt que l'inflammation de la peau ne constitue qu'un caractère accidentel purement secondaire, et qu'il est impossible d'en faire le point de départ de la fièvre et de tous les accidents qu'on observe. Comment, en effet, rapporter à une maladie de la peau qui n'existe point encore ces troubles généraux souvent assez graves, persistant pendant plusieurs jours, et qui offrent des caractères si distinctifs suivant l'éruption qui doit avoir lieu? Comment expliquer la pyrexie par la maladie cutanée, quand nous voyons le mouvement fébrile diminuer et même quelquefois s'éteindre tout-à-fait, du moins momentanément, après que l'éruption s'est effectuée? C'est ce qu'on observe notamment dans presque tous les cas de variole. Ajoutons aussi que si les symptômes qu'on observe, que si la gravité de la maladie, dépendaient de la lésion des téguments, nul doute qu'il ne dût exister un rapport exact entre l'intensité des symptômes et l'étendue des altérations; or, c'est ce qui n'a pas lieu, à beaucoup près, dans tous les cas. Il n'est pas très rare, en effet, surtout en temps d'épidémie, de voir des varioles discrètes se terminer d'une manière funeste; plus souvent encore on voit des rougeoles, et surtout des scarlatines mortelles, quoique l'éruption soit bornée à une partie très circonscrite des téguments et qu'elles n'aient même qu'une durée très éphémère. Enfin les cas bien constatés de rougeole et peut-être de scarlatine sans éruption aucune, et souvent assez graves pour se terminer par la mort, indiquent nettement

que l'affection cutanée ne constitue dans ces maladies qu'un symptôme, nécessaire sans doute pour diagnostiquer sûrement la maladie, mais néanmoins tout-à-fait secondaire. Cependant l'éruption (et nous entendons parler surtout ici de celle de la variole), quand elle est très intense, peut déterminer à son tour des accidents de réaction comme en produisent toutes les inflammations qui ont une grande étendue.

Ces phlegmasies cutanées, qui sont la conséquence d'une cause générale, probablement d'une infection du sang, diffèrent des phlegmasies franches et primitives par plusieurs caractères : 1° elles se montrent successivement ou simultanément sur toute ou presque toute la périphérie du corps ; 2° il est impossible de les produire artificiellement, et elles reconnaissent toujours une cause spécifique ; 3° les agents thérapeutiques, tels que les antiphlogistiques et les contre-stimulants, qui ont une si grande efficacité pour modérer et combattre les inflammations ordinaires, sont sans effet sur les phlegmasies symptomatiques des fièvres éruptives. Elles ont, en effet, une marche invariable, une durée qui est presque toujours la même et un même mode de terminaison. C'est ainsi que la variole se termine toujours par suppuration, la rougeole et la scarlatine par desquamation.

Par ce qui précède, on voit que nous avons eu raison de placer les maladies éruptives dans la classe des fièvres ; car, nous le redisons encore, ce sont des maladies qui ne reconnaissent aucune affection locale primitive. Les recherches importantes entreprises dans ces derniers temps par MM. Andral et Gavarret sur les altérations du sang, justifient d'ailleurs la place que nous assignons aux fièvres éruptives dans le cadre nosologique. Ces observateurs ont, en effet, démontré que le sang, dans ces maladies, présente les altérations qu'on trouve dans les autres pyrexies, c'est-à-dire qu'il n'y a jamais augmentation de la fibrine comme dans les phlegmasies ; le plus ordinairement sa quantité reste normale, parfois elle diminue très sensiblement, surtout à la période d'éruption ; enfin les globules augmentent ou conservent leur chiffre normal. Le sang ne présente jamais de couenne, si ce n'est lorsqu'il existe quelque complication de phlegmasie. Dans la variole, néanmoins, lorsque l'éruption est très confluente, et lorsque surtout des collections purulentes existent sous la peau ou dans quelque organe, on peut trouver une couenne à la surface du caillot ; mais cette couenne est molle, gélatineuse, et diffère beaucoup de celle qui se montre dans les cas de phlegmasies franches.

TROISIÈME GENRE DE FIÈVRES.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

SYNONYMIE. — Fièvre d'accès; — des marais; — périodique, etc.

Définitions. — On donne le nom de *fièvre intermittente* à une affection fébrile dont les symptômes cessent et se reproduiseut à des intervalles rapprochés et à peu près égaux, et entre lesquels existe une apyrexie complète. Chaque accès se partage en trois temps que l'on nomme *stades* ou *périodes*, et qu'on distingue par leur ordre numérique ou par la dénomination de stade du *frisson*, de la *chaleur*, de la *sueur*, phénomènes qui se succèdent toujours dans les accès réguliers. La période de calme ou l'espace de temps qui sépare les accès se nomme *apyrexie* ou *intermission;* les jours qui séparent les accès sont dits *intercalaires*, et l'on appelle *paroxystiques* ceux pendant lesquels ils reparaissent. Enfin, le *type* est l'ordre suivant lequel les accès reviennent, se correspondent et s'enchaînent. On en a admis plusieurs espèces, les principales sont : les types *quotidien*, *tierce* et *quarte*. Dans le premier, les accès ont lieu tous les jours, et sont tous semblables entre eux pour la durée, la violence et les principaux symptômes qui les accompagnent. Dans le second, les accès se renouvellent tous les deux jours. Enfin, dans le type quarte, les accès ayant lieu tous les trois jours, sont séparés par deux jours d'apyrexie.

Ces trois types offrent quelques variétés ayant reçu des noms particuliers et qu'il importe de connaître. Ainsi on nomme *double quotidienne* la fièvre qui présente deux accès par jour; *double tierce* celle qui a un accès tous les jours, mais avec cette circonstance remarquable que les accès des jours pairs (du deuxième et du quatrième) se correspondent pour la durée et l'intensité, et que la même corrélation existe pour les accès des jours impairs (premier et troisième). Le type *double quarte* présente un accès deux jours de suite, puis vient un jour d'apyrexie. Les accès s'enchaînent de manière que celui du quatrième jour est semblable à celui du premier, celui du cinquième à l'accès du second; enfin, l'apyrexie du sixième jour correspond à celle du troisième. Ces diverses variétés de type sont à peu près les seules qu'on rencontre dans la pratique, et il importe de bien connaître la valeur des mots qui servent à les désigner. Les auteurs ont pourtant admis plusieurs autres types, ainsi ils ont décrit une fièvre *tierce doublée*, *quarte doublée* et *quarte triplée*. Dans la première, il y a tous les deux jours deux accès dans les vingt-quatre heures; dans la deuxième, il y a deux accès dans un jour, après deux jours d'apyrexie; enfin, dans la troisième, il y a trois accès les pre-

mier, septième et dixième jours, et apyrexie les jours intermédiaires. On parle aussi d'une fièvre *triple tierce* et *triple quarte*, dans la première il y a deux accès le premier et le troisième jour, et un seul le deuxième et le quatrième; ces accès se correspondent de deux en deux jours. Dans le type *triple quarte*, il y a un accès tous les jours ; ces accès se correspondent pour la durée et la violence tous les trois jours, c'est-à-dire que le quatrième est semblable au premier, le cinquième au deuxième, le sixième au troisième. Enfin, et pour terminer, je dirai qu'on a admis des fièvres *quintane*, *septane*, *octane*, *mensuelle*, *annuelle*, etc., suivant que les accès revenaient tous les cinq, six ou huit jours, tous les mois, tous les ans. Mais de toutes ces variétés de types, le double tierce est le seul qu'on rencontre, les autres sont purement exceptionnels, et plusieurs même n'existent probablement pas.

Historique. Bibliographie.—Les fièvres intermittentes ont été connues de tout temps, elles sont mentionnées dans plusieurs des traités d'Hippocrate ou attribués à ce grand homme. Elles furent, pour la première fois, décrites méthodiquement par Celse, puis par Galien et par les auteurs arabes. A dater des XVI et XVIIe siècles, ces mâladies furent étudiées avec plus de soin et par un grand nombre d'auteurs. Non seulement on en parle dans tous les traités de pyrétologie et de pathologie interne, mais elles ont été le sujet d'une foule de dissertations et de monographies, parmi lesquelles se distinguent surtout celles de Morton, de Lancisi, de Werlhof, de F. Hoffmann, de Senac, de Strack, de Philipps; en France ce sont les ouvrages de MM. Nepple, Faure, Maillot et les intéressantes recherches de M. Piorry sur le volume de la rate. (Voir aussi plus bas *Fièvres pernicieuses.*)

Divisions. — Plusieurs divisions importantes ont été proposées dans l'étude des fièvres d'accès. Ainsi on les a distinguées en *simples*, *franches* ou *bénignes*, et en *pernicieuses*, en *manifestes* et en *larvées*, en *essentielles* et en *symptomatiques*, en *régulières* et en *irrégulières*, expressions dont nous déterminerons plus tard la valeur.

FIÈVRE INTERMITTENTE SIMPLE, BÉNIGNE, RÉGULIÈRE, MANIFESTE.

La fièvre intermittente est dite *simple*, *bénigne*, lorsque, seulement caractérisée par les accès fébriles, elle est dégagée de toutes les complications et les accidents graves qui peuvent la rendre méconnaissable, et qui le plus souvent compromettent la vie.

Anatomie pathologique. — La fièvre intermittente n'a pas, à proprement parler, de *siége anatomique*, elle n'est donc caractérisée sur le cadavre par aucune lésion qu'on puisse regarder comme étant le point de départ des accidents arrivés pendant la vie. Il est pourtant une altération concomitante extrêmement commune, manquant à peine quel-

quefois : je veux parler de l'augmentation de volume de la rate. Cet organe, en effet, qui à l'état physiologique n'a guère, d'après M. Piorry, que 9 centimètres à 9 centim. 20 millim. de hauteur, sur 9 centimètres de largeur, peut acquérir des dimensions quadruples et peser jusqu'à 6 ou 8 kilogrammes. Son tissu d'abord simplement hypérémié, gorgé de sang, peut se réduire en pulpe molle comme dans les fièvres graves; mais cette altération ne se rencontre que dans la variété de fièvres intermittentes dites *pernicieuses*. Dans celle dont nous traitons actuellement, surtout quand elle se prolonge, la rate est plutôt hypertrophiée, son tissu s'indure en même temps que son volume augmente, on n'y rencontre de la suppuration dans aucun cas, preuve que l'inflammation est étrangère à la production de cette lésion.

Symptômes. — Dans la plupart des cas les fièvres intermittentes débutent sans prodromes; il est au contraire assez commun d'observer pour chaque accès quelques phénomènes avant-coureurs, tels que de la céphalalgie, de l'anxiété, des bâillements et des pandiculations, de la pâleur, de la tendance au sommeil, etc. A ces symptômes, qui n'ont qu'une durée fort courte, succède bientôt le frisson qui marque le premier stade de la fièvre.

Premier stade ou *stade de froid.* — Le froid ou frisson qui constitue le premier stade d'un accès varie beaucoup. Quelquefois les malades n'éprouvent qu'une sensation de froid partielle ou générale et tout-à-fait éphémère. Chez la plupart le froid est plus vif : c'est une horripilation s'accompagnant d'une sorte de frémissement de la peau avec saillie des bulbes (chair de poule). Enfin, le froid peut être plus intense encore; il détermine alors le claquement des dents, et un tremblement convulsif des membres (c'est le *rigor*). En général, le froid n'acquiert cette intensité que progressivement. Borné d'abord à une seule partie, aux extrémités, au visage ou dans les lombes, il s'irradie de là à toute la surface du corps; il ne reste circonscrit à un point que dans les cas de fièvre anomale ou bien dans les accès peu intenses. Dans ce premier stade on observe quelques phénomènes particuliers. Aussi dès que le froid commence, les parties les plus éloignées du centre circulatoire, et notamment les doigts, le nez et les oreilles, deviennent froides, bleuâtres ou livides. Le corps semble diminuer de volume, à tel point que les anneaux peuvent tomber des doigts (J. Franck, Cullen). Si le froid est intense, la face est plombée et la peau du corps est souvent parsemée de plaques marbrées; les yeux sont caves, hagards; la tête est fléchie, les membres sont rapprochés du tronc; la voix est altérée, cassée et tremblante. Le malade accuse souvent des douleurs contusives dans les membres, des déchirements dans les lombes, un resserrement à l'épigastre, une douleur dans la région splénique, de l'oppression, des palpitations et beaucoup d'anxiété, et sur toute la surface du corps le

picotement et la sensation qui annonce un froid bien intense. En général, pendant le frisson, le chaleur de la peau paraît diminuée au toucher. Dans beaucoup de cas pourtant la main perçoit une température normale ou même plus élevée que de coutume; d'ailleurs des expériences nombreuses entreprises jadis par De Haen, par Home, et répétées dans ces derniers temps par MM. Gavarret et Monneret, ont prouvé qu'en plaçant un thermomètre dans l'aisselle des malades on constatait une élévation de température de 1 à 4 degrés au-dessus de la température normale. La peau est ordinairement sèche, aride; le pouls est fréquent et déprimé, la soif intense; il y a parfois des vomissements bilieux, et Senac a plusieurs fois observé des hémoptysies; les urines sont peu abondantes et aqueuses. Le frisson a une durée qui varie entre un quart d'heure et cinq heures; sa durée moyenne est d'une heure, sa longueur et son intensité ne sont pas nécessairement en rapport avec la gravité de l'accès. Ce premier stade peut manquer.

Deuxième stade ou *stade de la chaleur.* — Le froid, après avoir duré quelque temps, est remplacé par une chaleur plus ou moins considérable qui, commençant par les extrémités, finit par être générale. Sous le rapport de son intensité elle offre tous les degrés compris entre une légère sensation de chaud et une ardeur brûlante. Toutefois les recherches modernes ont prouvé que si dans le stade de chaleur la température de la peau est plus haute, cette élévation néanmoins est faible, puisqu'elle ne dépasse guère que d'un degré celle qu'on trouve dans le stade de froid. Dans beaucoup de cas d'ailleurs la sensation de chaleur vive que les malades éprouvent ne peut guère être perçue par le médecin, de même que le froid du stade précédent. La chaleur est donc le plus souvent plutôt l'effet d'une perversion de la sensibilité qu'elle n'est réelle. Pendant ce deuxième stade, la céphalalgie et la soif persistent, l'anxiété et l'oppression diminuent ou cessent, le pouls prend de l'ampleur, l'urine est rouge, rare et brûlante; la face s'injecte; tout le corps, qui semblait amoindri pendant le frisson, paraît à présent comme boursouflé; enfin, la peau, d'abord sèche, s'humecte de plus en plus. La durée du deuxième stade varie entre une et douze heures; il est rare d'ailleurs qu'il se prolonge au-delà de quatre heures. La période de chaleur peut manquer, mais cela est beaucoup plus rare que pour le stade de froid.

Troisième stade ou *stade de sueur.* — La sueur se montre d'abord à la tête, à la poitrine, et finit bientôt par occuper tout le corps. Elle peut ne consister qu'en une légère moiteur ou bien être assez abondante pour ruisseler de toutes parts et pénétrer les linges et même le lit. Pendant qu'elle s'établit, tous les symptômes incommodes s'amendent : ainsi la céphalalgie, l'anxiété, les douleurs, la soif, disparaissent, le pouls perd de sa fréquence, il est souple. On disait généralement autrefois que les urines, rouges, peu abondantes, déposaient un sédiment briqueté très

abondant, tandis que leur surface se recouvrait d'une pellicule adhérante aux parois du vase. Mais il est aujourd'hui démontré que l'urine présente plus rarement qu'on n'a dit les qualités que je viens d'exposer. La durée de la sueur est à peu près la même que celle des deux stades qui précèdent.

En somme, la durée de ces accès n'est jamais moindre d'une heure et ne dépasse guère dix-huit. Sa durée moyenne est entre quatre et douze heures.

Apyrexie. — A l'accès succède un état d'apyrexie, mais il est rare que dans l'intermission la santé soit parfaite. Ainsi la plupart des malades sont accablés, ils ont moins d'appétit, les forces ont diminué, la figure est pâle, il y a de la céphalalgie, les déjections sont pénibles, et cependant il est des individus qui, dans les jours intercalaires, n'éprouvent aucun malaise et semblent être dans l'état de santé le plus parfait possible. Ceci n'a guère lieu que lorsque l'intermission est longue, comme dans les fièvres tierces ou quartes, tandis que dans les quotidiennes il est rare que pendant l'apyrexie les malades ne soient pas plus ou moins souffrants. La longueur de l'intermission varie suivant le type de la fièvre : le retour des accès est parfois invariablement fixé à la même heure, d'autres fois il avance ou retarde de plusieurs heures. Il en est dont les accès se rapprochent tellement que le second commence avant que le premier ait entièrement cessé; on dit alors que la fièvre est *subintrante.*

Variétés. — On a prétendu, d'une manière trop générale, que dans les fièvres quotidiennes les accès avaient lieu le matin de bonne heure, qu'ils commençaient de dix heures à midi dans les tierces, et de trois à cinq dans les quartes. En effet, M. Maillot a prouvé qu'on ne pouvait établir à ce sujet aucune règle fixe; d'ailleurs l'époque de la journée (presque tous les accès ont lieu le jour) à laquelle les accès fièvreux ont lieu, de même que le type, varient suivant les individus, les saisons, les climats et même les constitutions régnantes et les épidémies. Toutefois nous croyons pouvoir établir, d'une manière générale, d'après un relevé portant sur plus de cent soixante mille fièvres intermittentes observées dans divers pays, que les fièvres quotidiennes sont plus communes que les tierces, dans la proportion de neuf à un, et que les fièvres quartes sont si rares qu'on n'en compte guère que deux ou trois sur mille. Nous pensons, en outre, contre l'opinion de M. Boudin, qu'il n'y a aucun rapport entre le type de la fièvre et l'intensité du dégagement de la matière miasmatique. Dans quelques cas, les fièvres intermittentes changent une ou plusieurs fois de type pendant leur durée. Si on compare les accès entre eux, on voit tantôt ceux-ci se dessiner d'autant mieux, et leurs trois stades être d'autant mieux marqués que la fièvre se renouvelle plus souvent. D'autres fois, au contraire, la fièvre semble s'user peu à peu à mesure qu'elle se reproduit; ses accès alors

diminuent non seulement d'intensité, mais il arrive souvent qu'un ou même deux stades manquent tout-à-fait. On dit alors que les accès sont incomplets.

Dans la plupart des cas, la fièvre intermittente se présente telle que je l'ai décrite précédemment, et Pinel commettait une erreur lorsqu'il prétendait qu'il n'y avait pas de fièvre intermittente simple, c'est-à-dire qui n'eût été à son début ni inflammatoire, ni muqueuse, ni bilieuse, ni adynamique ni ataxique. Mais ce sont là tout autant de complications qu'on ne rencontre que dans des cas exceptionnels et qui impriment à la maladie une physionomie particulière. Ainsi lorsque la fièvre intermittente se complique d'un état inflammatoire, le frisson est généralement court, mais il est intense. Le deuxième stade est au contraire plus long, la chaleur est plus brûlante, il y a des signes de congestion vers la tête ou la poitrine; le quinquina n'a qu'un effet nul ou incertain, si on n'a pas préalablement le soin de désemplir les vaisseaux. La fièvre intermittente, avec complication inflammatoire, a généralement le type quotidien ou double tierce, elle a de la tendance a passer au type continu ou rémittent; enfin les signes de pléthore persistent pendant l'apyrexie. Cette complication se remarque surtout chez les sujets jeunes et vigoureux. Si la fièvre intermittente se complique de l'état bilieux, celui-ci s'aggrave, en général, pendant l'accès; et il persiste dans l'apyrexie, qui souvent alors est incomplète et s'accompagne de beaucoup de malaise. Le quinquina n'a de l'efficacité qu'après qu'on a détruit la complication gastrique. La forme bilieuse se rencontre fréquemment dans les fièvres intermittentes qui règnent dans la Bresse pendant l'été et l'automne (Nepple). L'état muqueux ou catarrhal peut aussi compliquer la fièvre intermittente; c'est ce qu'on observe surtout chez les sujets débiles et qui vivent dans des lieux bas et humides. Quant aux formes adynamique et ataxique on doit les considérer comme une variété des fièvres pernicieuses; j'en parlerai plus tard.

Durée. — Les fièvres intermittentes ont une durée longue. On a remarqué qu'elles se prolongeaient d'autant plus que leurs accès étaient plus éloignés. Ainsi les fièvres quotidiennes sont plus courtes que les tierces, celles-ci que les quartes. Les fièvres du printemps sont aussi moins opiniâtres que celles d'automne; quelques fièvres cèdent spontanément après quatre ou cinq accès, d'autres après trente ou quarante. Il n'est pas rare d'en voir dont les accès se renouvellent sans interruption pendant plusieurs mois et même plusieurs années. Dans ces cas on observe plusieurs des accidents consécutifs qui sont : la couleur jaune de la peau, l'engorgement de la rate et des hydropisies.

Accidents consécutifs.—1° Chez beaucoup d'individus, il suffit de trois ou quatre accès de fièvre intermittente pour que la peau du corps prenne une teinte jaune toute particulière caractéristique, et qu'il est impos-

sible de décrire. Cette couleur, qui n'a aucun rapport ni avec celle de l'ictère ni avec la teinte jaune paille de la cachexie cancéreuse, est surtout marquée au visage; elle se lie toujours à un appauvrissement du sang, qui est séreux, moins abondant, et contient beaucoup moins de fibrine et de matière colorante. Avant la découverte du quinquina, beaucoup de malades succombaient à cet état de cachexie.

2° L'engorgement de la rate est un des effets les plus ordinaires de la fièvre; mais il n'est pas exact de dire que l'organe splénique augmente de volume dans tous les cas de fièvre intermittente, car on trouve à ce sujet de nombreuses exceptions. L'engorgement de la rate paraît plus fréquent dans les fièvres tierces et quartes que dans les quotidiennes. On ne le constate que par la percussion seule, s'il est peu considérable; mais dans la plupart des cas la palpation fait reconnaître que l'organe déborde le rebord costal; il peut même descendre jusqu'au niveau de l'ombilic ou de la crête iliaque, et soulever alors la paroi abdominale (*placenta febrilis*). M. Piorry, qui dans ces derniers temps s'est beaucoup occupé de l'exploration de la rate dans la fièvre intermittente, a noté que la moitié des malades environ (82 sur 171) accusaient une douleur ou un sentiment de pesanteur dans l'hypochondre gauche. Cette douleur ne se manifeste souvent que dans le premier stade; d'autres fois on ne la réveille qu'en palpant ou en percutant la région splénique. Dans quelques cas, le foie est aussi augmenté de volume, mais toujours à un degré infiniment moindre que la rate.

3° Enfin différentes hydropisies peuvent être la suite des fièvres intermittentes prolongées. Quelquefois il n'y a qu'un peu d'œdème aux malléoles, ou un peu de bouffissure à la joue; d'autres fois l'hydropisie est générale (anasarque), en même temps qu'un épanchement séreux plus ou moins abondant se forme dans l'abdomen.

La céphalalgie est encore un symptôme qui peut persister d'une manière incommode pendant la convalescence. A en juger par l'efficacité de la saignée dans ces cas, il est naturel d'attribuer la douleur de tête à un état de congestion du cerveau.

Ces divers accidents persistent en général plus ou moins longtemps après la cessation de la fièvre.

J'ai dit que la fièvre intermittente pouvait guérir spontanément, et alors son intensité diminue progressivement; cependant dans quelques cas elle peut cesser brusquement, lorsque le malade change de lieu, ou bien à la suite d'une violente secousse morale, ou bien encore à l'occasion du développement d'une autre affection.

Rechutes. — Il n'y a aucune maladie dont les rechutes soient aussi fréquentes que celles des fièvres intermittentes. L'exposition au froid, à l'humidité, les émotions vives, des aliments indigestes, l'administration des purgatifs, sont les causes ordinaires des rechutes. Celles-ci sont

plus fréquentes après les fièvres guéries par les fébrifuges qu'après celles qui ont cessé spontanément. Les rechutes seront d'autant plus à redouter que la fièvre a duré plus longtemps et que la saison est plus froide. En général, les fièvres intermittentes ont dans leur rechute le même type et les mêmes phénomènes que dans la première attaque. Quelques auteurs, et Strack surtout, ont avancé que lorsque la fièvre récidivait, les nouveaux accès survenaient le même jour et à la même heure que si les anciens s'étaient reproduits sans interruption; mais ce fait est loin d'être démontré; il en est de même de l'opinion de Werlhof, qui admettait non seulement des jours, mais même des semaines *paroxystiques*, et qui prétendait que la fièvre tierce rechutait surtout dans la deuxième semaine, et la fièvre quarte dans la troisième.

Sans prétendre, avec quelques médecins optimistes, que les fièvres intermittentes sont des mouvements salutaires de la nature, il est vrai pourtant que, dans quelques cas, elles ont amélioré des constitutions débiles, ou amené la guérison de maladies graves qui avaient résisté jusqu'alors à tous les moyens thérapeutiques (épilepsie, folie, névralgies, etc.). Cependant il faut considérer ces faits, que Boerrhavè, Hoffmann, Strack, Werlhof, etc., rapportent, comme étant des cas rares et exceptionnels, car il est beaucoup plus ordinaire de voir les fièvres intermittentes prolongées altérer la constitution générale, et aggraver les maladies préexistantes. On a vu aussi la fièvre intermittente, quand elle affectait la femme enceinte, provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. On a dit que dans ces cas plusieurs des enfants étaient eux-mêmes atteints de fièvre intermittente ayant lieu aux mêmes heures que celle de la mère. Enfin on a vu des maladies graves, telles que la phthisie, le scorbut et le diabète, succéder à des accès répétés de fièvre intermittente. Sydenham a aussi signalé une sorte de manie consécutive aux fièvres, surtout à celles qui ont le type quarte. Mais ces observations ne paraissent pas avoir été confirmées par d'autres médecins; Senac lui-même n'a jamais observé qu'un seul cas analogue, et M. Baillarger n'en a vu que deux. Il est d'ailleurs probable qu'il n'y a eu ici qu'une simple coïncidence.

Diagnostic. — Le diagnostic de la fièvre intermittente régulière (la seule dont je parle actuellement) ne présente aucune difficulté; la succession des trois stades et la réapparition périodique des accès ne peuvent faire confondre la maladie avec aucune autre affection.

Pronostic. — Les fièvres intermittentes printanières et les sporadiques sont généralement plus faciles à guérir, et récidivent moins que les fièvres automnales et épidémiques. Les fièvres quartes sont plus opiniâtres que les tierces et les quotidiennes. L'enfance, la vieillesse, une constitution débile, des affections chroniques préexistantes des organes digestifs, sont des conditions fâcheuses. Des accès dont l'intensité

s'accroît à mesure qu'ils se reproduisent indiquent en général que la fièvre n'a point de tendance à se terminer. Enfin les phénomènes consécutifs dont j'ai parlé constituent toujours une circonstance fâcheuse, à cause de la lenteur avec laquelle ils disparaissent.

Étiologie. — Il est peu de localités dans lesquelles on ne puisse observer des fièvres intermittentes, du moins à l'état sporadique. On dit pourtant qu'elles sont inconnues dans les Indes orientales (Bontius), au Cap de Bonne-Espérance, en Islande et dans certaines parties de la Suède (Linné). Ces maladies ne règnent d'une manière endémique que dans le voisinage des marais, des rivières, des routoirs, et généralement de toutes les stagnations d'eau ayant lieu sur un sol peu perméable et contenant des matières végétales en putréfaction. Ces foyers d'infection, qui existent en France surtout en grand nombre dans la Bresse, la Brenne et la Sologne, quoique permanents, n'ont pas pourtant la même énergie dans toutes les saisons. On s'est en effet convaincu que les émanations marécageuses acquéraient un surcroît d'activité à la fin de l'été et pendant l'automne, saisons pendant lesquelles les eaux stagnantes sont basses, réduites à leur partie fangeuse, et dont la putréfaction est activée par le contact de l'air et l'action du soleil. On peut établir d'une manière générale que l'activité des émanations marécageuses s'accroît à mesure qu'on s'avance du nord au midi. On a aussi reconnu que les marais situés sur les bords de la mer sont plus délétères que ceux formés seulement par l'eau de pluie ou de rivière, probablement à cause de la grande quantité de matières putrescibles que les hautes marées entraînent dans les premiers. On voit encore les fièvres intermittentes sévir dans les terrains bas et humides, à côté des prairies artificielles, dans les rues non pavées et remplies de fumier, lorsqu'on défriche un sol vierge, humide, et contenant beaucoup de débris de végétaux, comme on l'a souvent observé chez les colons du Nouveau-Monde.

Dans tous ces cas, on admet qu'il se dégage certains principes plus ou moins actifs, nommés *effluves* (Lancisi), *miasmes*, *émanations*, *exhalaisons*, qui infectent l'air et le rendent apte à produire la fièvre intermittente. Mais jusqu'à présent on n'a pu saisir et isoler ce principe délétère; nous ignorons sa nature et son mode d'action, et toutes les théories qu'on a faites à ce sujet sont ridicules ou insuffisantes. Cependant on ne peut s'empêcher d'admettre dans l'air des marais une cause spécifique. L'humidité ne joue certainement qu'un rôle secondaire, comme le prouve la santé des débardeurs à Paris, qui, quoique travaillant sans cesse dans l'eau, sont néanmoins peu sujets aux fièvres intermittentes (Parent Duchâtelet). La chaleur atmosphérique n'agit aussi, suivant nous, qu'en activant la putréfaction des matières végétales et la volatilisation des principes délétères. Je n'ignore pas pourtant que M. Faure a cité quelques faits pour prouver que la fièvre intermittente

pouvait sévir dans des pays secs, arides et sous l'influence seulement d'une haute température (1) ; cependant, pour entraîner la conviction, M. Faure aurait dû décrire plus complétement qu'il n'a fait la topographie des localités dont il parle, la nature du sol, comme les lieux circonvoisins. Quoi qu'il en soit, ces faits sont exceptionnels, et n'autorisent pas l'auteur à conclure que la chaleur est la cause la plus générale des fièvres intermittentes.

On peut dire en général que les miasmes marécageux sont plus pesants que l'air ; ils sont accumulés en plus grande abondance dans les parties basses. Lancisi a aussi prouvé que leur activité est à son maximum après le coucher du soleil, parce que c'est alors que les vapeurs miasmatiques, que la chaleur du jour avait raréfiées et dispersées, se trouvent condensées, et se précipitent vers la terre.

La sphère d'activité des effluves marécageux varie beaucoup, suivant les climats, les topographies, l'état calme ou agité de l'air, sa température et son hygrométrie. Dans nos pays tempérés, et lorsque l'atmosphère est tranquille, on a évalué à 4 ou 500 mètres la hauteur à laquelle peuvent s'élever les émanations marécageuses, tandis que leur propagation dans la direction horizontale ne serait que de 2 à 300 mètres. Mais dans les pays chauds la sphère d'activité s'agrandit beaucoup. Ainsi dans les Indes on a vu, par exemple, des vaisseaux éloignés de 1,500 toises d'un foyer d'infection en éprouver pourtant les funestes effets (Montfalcon).

Cette migration des effluves par l'air explique quelques particularités dignes d'être mentionnées, telles que l'apparition des fièvres intermittentes sur de hautes montagnes, dans des lieux secs et salubres. On voit aussi des pays voisins des étangs être préservés de la fièvre, parce qu'une forêt ou une colline qui les sépare intercepte complétement la transmission des miasmes, tandis que ceux-ci vont agir dans des lieux plus éloignés. C'est, en effet, en raison de telle ou telle exposition, de tel ou tel obstacle à la propagation des miasmes que l'on voit, dans les pays marécageux, un quartier, une rue, une portion de maison éprouver la fâcheuse influence de l'infection, tandis que les endroits les plus voisins en seront à l'abri.

La science possède un grand nombre d'observations rapportées spécialement par Lancisi, par Lind, par Nepple, etc., qui prouvent que les émanations marécageuses peuvent exercer sur les sujets qui s'y exposent une action vive et subite, qui varie depuis un simple malaise et un accès fébrile jusqu'aux accidents les plus graves et même la mort foudroyante. En général pourtant, il y a une période d'incubation dont la durée varie d'un jour à plusieurs semaines ; on peut évaluer à cinq ou sept

(1) *Fièvres intermittentes et continues*, p. 416.

jours la durée moyenne de l'incubation marécageuse. La fièvre peut alors éclater, quand même l'individu s'est éloigné du foyer d'infection. Il paraît cependant que l'habitude émousse l'activité des effluves chez certains individus; c'est du moins ce qui résulte des observations faites par Lancisi, par Lind et par M. Maillot. Au contraire, toutes les causes débilitantes, comme les écarts de régime, les émotions morales, les maladies, sont autant de circonstances qui rendent les individus plus susceptibles à l'action miasmatique et qui abrègent la période d'incubation. Il est certain que les fièvres intermittentes ne sont pas contagieuses. L'antagonisme que M. Boudin a prétendu établir entre les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde et la phthisie, en disant que là où la première sévissait, les deux autres cessaient d'exister, n'est point fondé; car elle est démentie par tous les documents publiés en Angleterre sur la santé des troupes qui séjournent dans les nombreuses colonies de cette métropole.

Traitement. — Beaucoup de médecins du siècle dernier, et même quelques uns de nos contemporains, s'appuyant de l'autorité de Galien et de Boerhaave, ont conseillé de laisser durer pendant un certain temps les fièvres intermittentes qui ne menacent pas la vie des individus. Ils voulaient, en effet, qu'on n'administrât les fébrifuges qu'après le septième jour. Mais cette pratique est irrationnelle; elle n'est fondée que sur cette opinion erronée qui consistait à regarder la fièvre comme un mouvement dépuratoire de la nature, et pouvant exercer une heureuse influence sur la constitution. Cependant Torti, Werlhof, Strack, Lind, Senac, etc., ont combattu la méthode de l'expectation; ils ont, au contraire, conseillé de guérir la fièvre le plus tôt possible, parce que la répétition de cinq ou six accès n'est pas toujours sans inconvénients, et que, trop souvent, on a vu une fièvre bénigne changer brusquement de caractère et devenir pernicieuse. Ainsi donc, en supposant que la fièvre intermittente soit simple, on tâchera de la guérir aussitôt qu'on en aura constaté l'existence.

Le traitement des fièvres intermittentes comprend 1° les soins qu'il faut donner au malade pendant l'accès; 2° les remèdes qui doivent prévenir les retours de la fièvre.

1° *Traitement de l'accès.* — Wilson Philips établit en principe (1) que dans le traitement des paroxysmes on doit avoir pour but de mettre fin au stade présent en sollicitant celui qui a coutume de lui succéder. Ainsi, pendant le stade de froid on favorise la chaleur, et pendant la chaleur on excite l'établissement de la sueur. Pour cela, pendant le stade de froid, on devra envelopper le malade de linges chauds, on lui fera prendre quelques tasses d'une infusion aromatique chaude; les pur-

(1) *Fièvres intermitt. et rémitt.*, trad. de l'anglais par Letu. Paris, 1819, in-8.

gatifs, les vomitifs et la saignée que quelques auteurs ont préconisés sont nuisibles alors. Pendant la chaleur, on continue l'usage des boissons tièdes, mais légèrement acidulées; Lind conseille en outre l'administration de l'opium. Ce grand médecin dit, en effet, que, donné au commencement de la chaleur, l'opium abrégeait la durée de l'accès, faisait cesser la céphalalgie, le malaise, l'agitation, provoquait un sommeil paisible et procurait une sueur abondante (1). Dans le dernier stade, le malade boira tiède pour ne pas suspendre l'exhalation cutanée. Si la sueur était très abondante, on remplace le linge mouillé par du linge sec et chaud; et si le malade était très épuisé, on lui donnerait quelques cuillerées de vin généreux ou d'une substance tonique quelconque.

Pendant l'apyrexie, deux ordres de moyens peuvent être employés: les uns, *directs*, ont pour but d'empêcher le retour des accès: ce sont les *fébrifuges;* les autres, *indirects*, servent à combattre quelques accidents qui pourraient contre-indiquer l'emploi des premiers.

1° *Moyens indirects.* — Les principaux sont la saignée, les vomitifs et les purgatifs.

La saignée est indiquée dans les cas de complication inflammatoire, lorsque la période de chaleur est très intense, très prolongée et qu'il existe des signes d'une vive congestion viscérale, soit pendant l'accès, soit même durant l'apyrexie. La saignée ne sera jamais pratiquée pendant le frisson; pour la faire on choisira le stade de chaleur ou la période d'intermission. Comme tous les remèdes perturbateurs, on a vu la saignée suspendre quelquefois le cours des accès et guérir la fièvre.

Les vomitifs et les purgatifs ne seront administrés que dans les cas d'une complication bilieuse; on choisira pour les donner le moment de l'apyrexie qui sera le plus éloigné des deux accès; on donnera la préférence aux purgatifs amers tels que la rhubarbe, les feuilles de pêcher ou les sels magnésiens.

2° *Moyens directs ou fébrifuges.* — Le quinquina est le fébrifuge par excellence; parmi toutes les préparations de quinquina, le sulfate de quinine est celle qui doit être toujours préférée. On donne ce sel à la dose de 25, 50, 100 et 150 centigrammes (5, 10, 20, 30 grains) en poudre, en pilules ou en sirop. On l'administre communément par la bouche; on peut aussi le donner en lavement, mais il agit alors moins sûrement; enfin on l'a encore introduit par la méthode endermique. Nous avons expérimenté avec M. Chomel ce dernier mode d'administration, et nous nous sommes assurés que le sel de quinine, appliqué deux heures seulement avant l'accès, pouvait empêcher celui-ci complétement, tan-

(1) *Maladies des Européens dans les pays chauds*, t. 2, p. 200 à 208. Paris, 1785, in-18.

dis que, donné par la bouche, il faut un temps beaucoup plus long. Mais le sulfate de quinine, appliqué sur la peau dénudée, a l'inconvénient de déterminer souvent des escarres et des ulcérations douloureuses dont la guérison ne s'opère que lentement; de sorte que, dans les cas où la fièvre intermittente est simple et ne compromet pas la vie, il faut se borner à administrer le fébrifuge par la bouche.

Le sulfate de quinine, donné pendant ou peu avant l'accès, ne modifie point celui-ci, mais il peut modérer ou empêcher l'accès suivant. Il convient de faire prendre le fébrifuge *pendant l'apyrexie;* et soit qu'on le donne par doses fractionnées ou en une seule fois, il importe, si on veut prévenir sûrement l'accès, *que le médicament soit pris huit à douze heures au moins avant l'invasion probable de la fièvre.* Lorsque le sulfate de quinine, administré comme il vient d'être dit, n'a fait que diminuer l'accès, il faut soupçonner que la dose a été insuffisante, et on devra l'augmenter. L'usage du fébrifuge sera continué plusieurs jours de suite: en général, pendant huit jours pour les fièvres quotidiennes, quinze jours pour les tierces, trois semaines pour les quartes. Beaucoup de médecins sont dans l'habitude de donner le médicament à dose décroissante; mais il arrive alors que l'économie, habituée d'abord à des doses considérables du remède, n'est plus influencée par des quantités plus minimes. Il convient donc, à l'exemple de Sydenham, lorsqu'on a coupé la fièvre, de suspendre le remède quelques jours, et de le donner ensuite à haute dose à certains intervalles, en ayant toujours le soin de choisir pour cette administration le jour qui eût été celui de l'apyrexie si les accès avaient continué. Il est quelques conditions qui nécessitent certaines modifications dans l'emploi du sulfate de quinine. Ainsi, dans le cas où il y a des coliques et de la diarrhée, le fébrifuge sera associé à une certaine quantité d'opium. Chez les enfants, on le combinera avec une substance aromatique comme l'anis, afin d'en masquer la saveur. Le sulfate de quinine, dont le mode d'action nous est inconnu, est absorbé et en partie éliminée par la sécrétion rénale; on le retrouve, en effet, dans les urines, où sa présence est décelée par l'iodure de potassium ioduré qui détermine un précipité jaune orange imitant la poudre de cannelle ou de quinquina jaune. On peut encore reconnaître la présence du sel de quinine en concentrant la liqueur et en l'examinant au microscope, qui fait découvrir des cristaux polyédriques, allongés, groupés en éventail et en feuilles de fougère; la plupart sont irréguliers et comme amorphes. Si on manquait de sulfate de quinine, on prescrirait le kina en extrait à la dose de 8 ou 16 grammes, ou bien en poudre à la dose de 16 à 60 grammes sous forme de bols.

D'autres substances ont été vantées comme fébrifuges; je citerai surtout la salicine, la poudre de houx, l'olivier d'Europe, l'écorce de marronnier, le fer, le mercure, l'antimoine, la gélatine, l'opium, la fève Saint-

Ignace, la digitale, l'arnica, le sel marin, l'alun, le phosphore, l'écorce d'oranger, etc., etc. ; mais toutes ces substances ne méritent aucune espèce de confiance. Dans ces derniers temps, M. le docteur Boudin a essayé de réhabiliter l'acide arsénieux, employé il y a longtemps en Allemagne. M. Boudin le donne à la dose d'un demi-milligramme dans une cuillerée d'eau, cinq ou six heures avant l'heure présumée de l'accès; quand cette première dose échoue, il donne 1 milligramme. Les faits nombreux cités par M. Boudin doivent inspirer quelque confiance, et autorisent à donner l'acide arsénieux dans les cas seulement qui sont rebelles au quinquina ; mais il faut prendre garde, dans l'administration d'un remède aussi dangereux, de ne jamais dépasser les doses indiquées par M. Boudin ; et par excès de prudence, le médecin devra lui-même assister à la préparation et l'administrer (1).

Accidents consécutifs. — La céphalalgie qui persiste après la guérison des accès cède ordinairement à une saignée générale. L'engorgement de la rate, les hydropisies, le teint jaune et cachectique, indiquent l'usage des amers, des diurétiques, des frictions sèches et aromatiques. On persistera surtout dans l'emploi du sulfate de quinine, qu'on combinera utilement, dans les cas d'anémie, à une préparation ferrugineuse (sous-carbonate, lactate ou limaille de fer). Le sulfate de quinine agit surtout efficacement contre l'engorgement de la rate ; il faut quelquefois porter la dose de ce médicament jusqu'à 25 ou 30 grammes; son action est souvent très rapide. M. Piorry a vu, en effet, la région splénique commencer à diminuer cinq minutes après l'ingestion de ce remède. Cependant il est des cas, et nous en avons vu de nombreux exemples, où la rate conserve un volume considérable nonobstant l'emploi du sel de quinine. Cependant, chez presque tous ces malades, la santé générale se rétablit, ce qui porte à penser que l'inefficacité du remède n'est pas due, comme on l'a dit, à la présence dans la rate de quelques productions tuberculeuses ou carcinomateuses.

Malgré l'emploi de ces moyens, il est des individus qui ne peuvent se rétablir et chez lesquels la fièvre récidive constamment après un court répit. Dans ce cas, il faut conseiller au malade de quitter momentanément le pays. Le changement d'air suffit le plus souvent pour le rétablir. Il n'y a aucun moyen prophylactique contre les fièvres intermittentes, lorsqu'on s'expose aux causes qui les développent, mais il est presque au

(1) Acide arsénieux 0,01 gramme (un 5e de grain), ajoutez successivement, et par petites parties, 1 gramme (20 grains) de sucre de lait; triturez au moins 10 minutes dans un mortier et divisez en 20 paquets dont chacun contiendra un 1/2 milligramme d'acide (un 100e de grain). Ou bien, prenez : arséniate de soude 0,01 gramme (un 5e de grain), dissolvez dans eau distillée quantité suffisante; saturez avec amidon quantité suffisante et divisez le tout en 20 pilules. On en donne une ou deux dans les vingt-quatre heures, c'est-à-dire un 100e ou un 50e de grain.

pouvoir de l'homme d'empêcher le développement de ces maladies, du moins les empêcher de régner épidémiquement, par le desséchement des marais et l'assainissement du pays. M. Villermé a prouvé, par exemple, qu'autrefois on voyait, presque tous les ans à Paris, des épidémies de fièvres d'accès, tandis qu'elles ont cessé depuis que, par le pavage des rues, leur pente mieux calculée et l'écoulement facile des eaux, on a fait cesser les causes d'infection qui dégageaient les miasmes.

Nature de la maladie. — Les auteurs ont imaginé beaucoup d'hypothèses pour expliquer le siége et la nature de la fièvre intermittente ; mais personne n'a pu encore percer ce mystère ; car aucune recherche n'en a jusqu'à présent fixé anatomiquement le point de départ. Quelques auteurs modernes ont, il est vrai, trouvé souvent des lésions du tube digestif et des centres nerveux ; mais il est facile de se convaincre par la lecture de leurs ouvrages que la plupart de ces altérations sont cadavériques, et que les autres, purement accidentelles et variables suivant les individus, tiennent à des complications et nullement à la maladie principale. La rate étant le seul organe qui présente une altération presque constante, on a tenté, à diverses époques, de placer dans ce viscère le siége des fièvres intermittentes. M. Audouard, et récemment M. Piorry, sont les médecins qui ont soutenu cette opinion avec le plus de conviction et de talent. Cependant, si on considère que la rate ne s'engorge pas dans toutes les fièvres intermittentes, que cet engorgement peut persister longtemps après la cessation des accès, qu'il peut même commencer ou s'accroître quand la fièvre a disparu, ainsi que M. Nepple l'a observé, on sera porté à considérer l'altération de la rate comme n'étant autre chose qu'un effet de la fièvre elle-même, comme l'est l'hydropisie et l'état anémique.

Il serait oiseux de prouver que la fièvre intermittente n'est pas une inflammation. Dirons-nous que c'est une névrosthénie (Giannini), une névrose (Brachet et Rayer), une irritation cérébro-spinale (Maillot), une affection du système ganglionnaire (Worms)? Il semblerait assez naturel de rattacher à une perturbation nerveuse les principaux symptômes de la maladie. Cependant nous ne savons rien de positif à ce sujet, et il vaut bien mieux confesser notre ignorance que de la voiler par quelques mots plus ou moins prétentieux et qu'on serait souvent bien embarrassé de définir. Non seulement on a voulu localiser la fièvre intermittente, mais on a même prétendu expliquer sa périodicité. On a émis à ce sujet des opinions tellement extravagantes que nous croyons de notre devoir de n'en point parler.

En résumé, dans l'histoire de la fièvre intermittente, il faut bien nous persuader que nous ignorons ce qui constitue le miasme, sur quel organe il exerce son action, et de quelle manière le quinquina agit pour le neutraliser.

FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES.

On donne le nom de *pernicieuses* aux fièvres intermittentes qui, en raison de leur gravité et de leur marche rapide, peuvent se terminer par la mort dans le cours de quelques accès.

Historique. — Quoique Hippocrate, Praxagoras et les Arabes aient vu quelques fièvres intermittentes s'accompagner d'accidents mortels, on peut dire pourtant que le caractère des fièvres pernicieuses fut complétement méconnu par les médecins jusqu'au XVIIe siècle, époque à laquelle parurent les travaux de Mercatus; mais ce fut néanmoins Morton qui le premier décrivit ces maladies avec quelque précision, et qui créa en quelque sorte leur traitement. Après Morton, on vit paraître tour à tour les immortelles recherches de Werlhof, de Lautter, de Senac, de C. Medicus et de Comparetti, et surtout celles de Torti, qui a non seulement décrit avec une admirable précision le caractère des fièvres pernicieuses, mais qui a aussi posé des préceptes thérapeutiques fort sages, et qui nous servent encore de règles aujourd'hui. Les auteurs modernes ont peu ajouté à ce que ces grands maîtres nous ont laissé.

Variétés. — Il y a plusieurs espèces de fièvres pernicieuses; il en est qui sont caractérisées par un ensemble de symptômes graves, sans prédominance d'aucun d'eux : ainsi à chaque accès la physionomie est profondément altérée, la prostration est grande, le pouls est petit et irrégulier, l'intelligence est obtuse, la langue sèche, etc. Mais dans la plupart des cas on observe un symptôme prédominant qui fixe toute l'attention, et constitue tout le danger de la maladie.

La fièvre peut être pernicieuse par suite de l'exagération du stade de froid (*fièvre algide*) et du stade de sueur (*fièvre diaphorétique*).

1° La fièvre *algide* est caractérisée par un froid intense et général dont les malades n'ont pas souvent la conscience, et pendant lequel la face a l'aspect cadavéreux : il y a des plaintes; l'agitation est extrême, la soif est vive, l'haleine froide, la voix éteinte, le pouls petit, fréquent, irrégulier, ou bien rare; l'intelligence est intacte. La mort peut arriver dès le premier accès. Si l'individu ne succombe pas, la chaleur s'établit lentement et est peu considérable. Dans l'intermission, le malade reste faible et souffrant. En général, la maladie est mortelle dès le deuxième accès. Dans la plupart des cas, la fièvre algide n'est manifestement que l'exagération du premier stade de froid, qui est plus intense et plus long que de coutume. Dans quelques circonstances pourtant, c'est au milieu du deuxième stade, et pendant la réaction franche d'une fièvre en apparence bénigne, qu'on voit tout-à-coup apparaître les symptômes de

l'état algide : c'est même cette marche que M. Maillot a observée le plus ordinairement en Afrique.

2° La fièvre *diaphorétique* est une des plus insidieuses. En effet, ses deux premiers stades ne diffèrent point communément de ceux d'une fièvre intermittente bénigne ; parfois pourtant la période de sueur est un peu plus précoce. Dès que la peau s'humecte, les malades se sentent soulagés ; mais bientôt la sueur devient tellement excessive, qu'elle pénètre toutes les parties du lit. Les malades ont froid ; les forces sont épuisées ; le pouls est d'une petitesse extrême ; l'intelligence persiste. Si la mort n'arrive pas dès le premier accès, elle est presque inévitable au second. Torti a failli en être lui-même victime.

Le troisième groupe de fièvres pernicieuses que nous établissons comprend toutes celles qui sont caractérisées par quelque trouble de l'innervation, tel que le coma, le délire, la catalepsie, l'épilepsie, les convulsions, l'hydrophobie et la paralysie.

1° La *fièvre comateuse*, qu'on nomme aussi *soporeuse*, *léthargique*, *carotique*, *apoplectique*, est une des formes les plus fréquentes. Le coma qui la caractérise varie depuis la simple somnolence jusqu'au carus le plus profond. Il s'établit parfois dès le premier stade, mais presque toujours pendant le second. Il est rare que le malade succombe dans le premier accès ; mais il survit rarement au troisième ou au quatrième.

2° La *fièvre délirante* est caractérisée par un délire plus ou moins violent, qui débute communément pendant le deuxième stade. L'exaltation cérébrale diminue peu à peu pendant la période de sueur. La mort peut survenir brusquement pendant le délire, ou bien les malades tombent dans le coma, et succombent dans un état d'insensibilité complète.

3° Sous le nom de *fièvre convulsive* je comprends toutes les fièvres pernicieuses accompagnées par les différentes variétés de convulsions toniques ou cloniques. Ainsi tantôt les malades présentent une roideur tétanique partielle ou générale (*fièvre tétanique*) : Cas. Medicus en a rencontré de nombreux exemples dans le cours d'une épidémie ; ou bien on observe tous les symptômes de la catalepsie, comme Torti en rapporte un cas (*fièvre cataleptique*) ; d'autres fois ce sont, comme Lautter l'a vu, des mouvements convulsifs avec écume à la bouche, et tels qu'on les remarque dans une attaque d'épilepsie (*fièvre épileptique*) ; enfin d'autres fois ce sont des mouvements convulsifs irréguliers (*fièvre convulsive* proprement dite). Cette dernière variété, qu'on rencontre surtout chez les enfants, est souvent sans danger ; elle ne doit être regardée comme pernicieuse qu'autant qu'elle s'accompagne d'un état général grave. Enfin, pour terminer l'énumération des fièvres pernicieuses qui sont caractérisées par un trouble du système nerveux, je dirai qu'on a aussi

a décrit une fièvre *paralytique* et une fièvre *hydrophobique* : la première serait caractérisée par une paralysie partielle; la seconde par une fureur maniaque avec horreur pour les liquides. Ce sont là peut-être les deux formes les plus rares de la maladie dont je parle.

Dans un quatrième groupe de fièvres pernicieuses nous plaçons toutes celles dont les symptômes caractéristiques sont fournis par le cœur et les poumons.

1° *Du côté du cœur* nous trouvons les fièvres *cardialgique* et *syncopale*. La première est caractérisée par une douleur vive, atroce, déchirante, vers l'épigastre et le cœur, accompagnée d'une grande anxiété, de défaillance, d'altération profonde des traits. Ces symptômes, que Strack a bien décrits, débutent en général dans le premier stade de la fièvre, et peuvent, par leur violence, occasionner la mort dès le premier accès. La fièvre *syncopale* est une des plus fréquentes, elle est caractérisée par des syncopes qui ont lieu spontanément, ou sous l'influence de la cause la plus légère; la mort est presque inévitable dès le deuxième accès.

2° *Du côté des poumons.* On a parlé de fièvres *asthmatique*, *dyspnéique* et *aphonique*, dont l'existence ne nous semble pas bien démontrée. Il en est autrement des fièvres pleurétique et pneumonique, dont j'ai rapporté plusieurs exemples (1). J'ai en outre prouvé que les symptômes stéthoscopiques de la pneumonie pouvaient disparaître pendant l'intermission, pourvu que celle-ci ne dépassât pas le premier degré.

Enfin, dans un cinquième groupe, il faut placer les fièvres pernicieuses qui s'accompagnent de quelque symptôme grave du côté des organes abdominaux. On en distingue plusieurs variétés. Les unes sont caractérisées par une douleur vive, atroce, à l'épigastre, avec efforts de vomissements, soif vive, anxiété inexprimable, *fièvre gastralgique*. Cette forme, quoique excessivement pénible, est une de celles peut-être qui ont le plus rarement une issue funeste.

Les fièvres pernicieuses abdominales les plus communes sont la forme *cholérique*, et la forme *dysentérique* de Torti, à laquelle se rapporte la *fièvre hépatique* et *atrabilaire* de beaucoup d'auteurs anciens. L'une et l'autre sont caractérisées par des douleurs vives dans l'abdomen, des *déjections*, et les symptômes qui accompagnent le choléra sporadique et la dysenterie. La forme dysentérique est moins grave que la première. On a encore décrit une fièvre *péritonique*, *néphritique* et *cystique*, surtout caractérisée par des douleurs vives; mais son existence est encore problématique. Je ne dirai rien non plus des formes *rhumatismale*, *céphalalgique*, *ictérique* et *exanthématique*, car je pense avec M. Cho-

(1) Voir mon *Traité pratique de la pneumonie*, p. 425.

mel et quelques autres autorités, qu'une céphalalgie ou hémicrânie vive, que des douleurs articulaires, un ictère survenu brusquement, et un exhanthème cutané, ne suffisent pas pour imprimer à la fièvre intermittente un caractère pernicieux.

Marche. Quelle que soit la forme sous laquelle la fièvre pernicieuse se montre, nous avons vu que les symptômes graves commencent avec l'accès ou bien dans le deuxième ou troisième stade. Tantôt le caractère pernicieux se révèle dès le début de la fièvre; tantôt elle-ci, bénigne dans les deux premiers accès, devient tout-à-coup pernicieuse dans le troisième; d'autres fois enfin elle passe au type continu comme Lancisi l'a vu à Rome en 1695, et Richar à Turin en 1720. La fièvre pernicieuse se montre rarement sous d'autres types que les types *tierce et double tierce.* Plus souvent le paroxysme est caractérisé par les trois stades; mais souvent aussi un ou deux stades peuvent manquer ou être moins marqués que d'habitude.

Nous avons vu que la marche de cette affection était très rapide, et que le péril augmentait avec le nombre des accès. Il arrive fréquemment aussi que ceux-ci sont d'autant plus longs qu'ils se renouvellent plus souvent, et parfois même ils deviennent subintrants. Suivant M. Maillot, les quotidiennes deviennent pernicieuses du troisième au sixième accès, et les tierces du troisième au quatrième. Lorsqu'on ne fait rien pour prévenir la fièvre, presque tous les malades succombent au troisième ou quatrième accès; rarement la vie se prolonge jusqu'au cinquième, et beaucoup meurent dès le second ou même le premier. Les fièvres pernicieuses offrent encore ceci de particulier, qu'elles peuvent se transformer les unes dans les autres, et quelquefois deux ou trois symptômes peuvent y prédominer au même degré.

Les fièvres pernicieuses sont très meurtrières, surtout quand elles sont épidémiques. Bailly dit, en effet, qu'à l'hôpital Saint-Esprit de Rome la mortalité est de 1 sur 2 1/4. M. Nepple l'a dit être dans la Bresse de 1 sur 2; M. Maillot estime qu'elle n'est que d'un 5e dans l'Algérie.

Diagnostic. — Le diagnostic ne présente aucune difficulté toutes les fois que les accès sont dessinés et les symptômes graves; mais il arrive parfois que les trois stades du paroxysme passent inaperçus, parce que l'attention des assistants et du médecin lui-même a été alors détournée par le symptôme grave, convulsion, coma, délire, douleur, etc., qui caractérise l'état pernicieux. Cependant, toutes les fois qu'on verra survenir brusquement chez un individu un symptôme grave quelconque, qui, après avoir persisté quelques heures, se sera ensuite dissipé spontanément et laissera l'individu dans un état de santé parfaite ou presque parfaite, il faudra alors, comme le conseille C. Medicus, soupçonner une affection périodique et diriger le traitement d'après cette idée; car il

est rare de voir une affection grave se développer et se terminer en un court espace de temps, si cette maladie n'est pas pernicieuse. Cette considération aura d'autant plus de valeur qu'on observe dans un pays marécageux et dans une constitution ou règnent beaucoup de fièvres pernicieuses. Les auteurs anciens signalent aussi le sédiment briqueté des urines à la fin de l'accès; mais c'est un signe qui ne paraît pas avoir l'importance qu'on lui avait jadis attribuée.

En règle générale, il faut se méfier de toutes les fièvres intermittentes qui présentent une intensité croissante dans les accès, surtout lorsqu'on observe quelque symptôme insolite, telle qu'une altération des traits et une faiblesse inaccoutumée, une douleur vive, une évacuation insolite ou un sommeil prolongé, même lorsqu'il paraît naturel, ainsi que le prouve un fait très remarquable rapporté par Werlhof.

Pronostic. — Le pronostic est extrêmement fâcheux; les formes algide, comateuse, syncopale et cholérique sont les plus graves. Si on n'est appelé qu'après le deuxième accès, le péril est prochain. La tendance de la maladie au type continu aggrave également le pronostic. Le refroidissement du corps, la décomposition des traits, l'immobilité du corps, la disparition du pouls, sont les avant-coureurs d'une mort prochaine.

Etiologie. — Il est rare de voir des fièvres pernicieuses ailleurs que dans les pays marécageux, elle sévit surtout dans ceux qui sont le plus insalubres. A Paris on en observe rarement, nous en avons pourtant reconnu cinq à six exemples. D'ailleurs, les accès pernicieux ne semblent si rares à Paris que parce qu'ils passent souvent inaperçus; beaucoup de malades succombent alors sans qu'on soupçonne même la nature de l'affection.

Traitement. — D'après ce que je viens de décrire, on comprend combien il est urgent de combattre les fièvres pernicieuses par le sulfate de quinine. Quel que soit leur type, on devra toujours donner le médicament au déclin de l'accès pendant lequel on a distingué ou seulement soupçonné le péril (Chomel). Au lieu de fractionner les doses du remède, on devra, au contraire, se hâter de donner à la fois une grande quantité de quinine et on en rapprochera les doses le plus possible. Le médicament devra être introduit à la fois par toutes les voies par lesquelles il peut être absorbé; c'est-à-dire qu'il faudra l'administrer concurremment par la bouche, en lavement et par la méthode endermique. Ainsi il faut d'abord se hâter de faire avaler au malade 1 à 2 grammes de sulfate de quinine, et d'injecter dans le rectum, préalablement vidé des matières fécales, une quantité double du médicament. En même temps on dénudera, avec la pommade ammoniacale, une portion plus ou moins considérable de la peau du ventre, et on la recouvrira avec le sulfate de quinine. On pourra enfin incorporer 2 ou 3 grammes du médi-

cament dans de l'axonge, puis on appliquera cette pommade dans les aines ou les creux axillaires, où l'absorption est assez active. Je le redis encore, le péril est si grand et si prochain, qu'il n'y a aucun moment à perdre, et pour le conjurer il faut agir le plus promptement et le plus énergiquement possible.

Lorsqu'on observe le malade pendant l'accès pernicieux, il est, en outre, quelques moyens qu'on doit employer. Ainsi, s'il existe une douleur vive qui brise les forces et épuise la sensibilité, comme dans la fièvre cardialgique ou gastralgique, il faut tâcher de la calmer par l'administration de l'opium; et si le malade tombait consécutivement dans la prostration, on le ranimerait par quelques cordiaux. Ceux-ci conviennent également dans les fièvres algide et diaphorétique, comme l'opium est indiqué dans les formes cholérique et dysentérique. Dans les fièvres pernicieuses caractérisées par un trouble du système nerveux, on aura recours aux révulsifs cutanés (sinapisme, vésicatoire, urtication); et s'il existait quelque signe de congestion céphalique, on pratiquerait une saignée générale ou locale suivant l'indication que le pouls fournirait. Cependant il ne faut pas prodiguer ce moyen, qui peut être dangereux; je dirai même qu'il faut y avoir recours rarement, car on doit être bien convaincu que les douleurs vives, et que les troubles extrêmes des fonctions organiques qui caractérisent les fièvres pernicieuses, ne se lient point à une inflammation. Si j'insiste sur ce point, c'est qu'un médecin distingué, M. le docteur Maillot, me paraît avoir trop prodigué les évacuations sanguines, et a vu des accidents pernicieux survenir après leur emploi, tandis qu'il les eût prévenus sûrement en administrant plus tôt le sulfate de quinine. Ce médicament sera continué longtemps pour prévenir les récidives.

Nature. — La nature de ces fièvres est aussi inconnue que celle des autres intermittentes. C'est à elles surtout qu'on doit rapporter ce que j'ai dit à la fin du précédent article sur la valeur des altérations cadavériques qu'on trouve chez ceux qui sont emportés par les fièvres d'accès. Ma critique porte surtout sur les observations de M Maillot, qui sont les plus récentes et les plus complètes. A la suite des fièvres pernicieuses, on ne trouve d'autres lésions constantes qu'une augmentation dans le volume de la rate, qui est en outre ramollie, diffluente. On a vu plusieurs fois pendant la vie ce viscère se rompre pendant l'accès, et les malades succomber promptement avec les signes d'une hémorrhagie interne ou d'une péritonite suraiguë.

DES FIÈVRES INTERMITTENTES ANOMALES.

Les fièvres intermittentes *anomales* sont celles qui se présentent sous des formes différentes de celles qui appartiennent aux fièvres intermit-

tentes régulières dont j'ai parlé précédemment. Nous distinguerons avec M. Chomel quatre espèces principales de fièvres anomales. La première espèce comprend celles dont les accès n'offrent qu'un ou deux des trois stades ordinaires ; on les nomme *fièvres incomplètes.* Ainsi, on a vu de ces fièvres n'être caractérisées que par un frisson périodique (Morgagni, Wolf) ; dans d'autres, au contraire, il n'y a qu'une augmentation de la chaleur sans froid initial ni sueur (T. Bartholin) ; enfin, dans des cas qui ne sont pas rares, les accès ne sont marqués que par des sueurs (Piquer). Le second groupe des fièvres anomales comprend celles dont les trois stades sont confondus ou renversés. Ainsi, comme M. Chomel l'a vu une fois, on peut observer simultanément sur le même sujet le *rigor* du premier stade, l'*élévation de la chaleur* du deuxième et une *sueur* abondante comme au troisième. D'autres fois les accès sont renversés, c'est-à-dire qu'une chaleur brûlante constitue le premier stade, tandis que le frisson lui succède (épidémie de Varsovie de 1700). La troisième variété des fièvres anomales comprend celles dans lesquelles les phénomènes fébriles, frissons, chaleur, sueurs sont bornés à une partie du corps (*fièvre topique*). Enfin, dans un quatrième groupe on range les fièvres dites *larvées* ou *masquées*, dont les accès ne sont marqués par aucun des trois stades des fièvres régulières, mais seulement par un symptôme plus ou moins grave, qui se reproduit à des intervalles déterminés. C'est ainsi qu'on voit des douleurs dans diverses parties du corps, des symptômes d'apoplexie, d'épilepsie, de calalepsie, de chorée, ou bien une insomnie, un coma, un cauchemar, une cardialgie, de la soif, de la toux, des vomissements, des hémorrhagies, etc., se montrer périodiquement et avec le type propre aux fièvres intermittentes. Lorsque l'on voit ainsi apparaître un phénomène grave, tel que coma, cardialgie, etc., la maladie est appelée fièvre *pernicieuse larvée.* Ces affections périodiques ne devraient pourtant pas être appelées *fièvres*, parce que, dans la plupart des cas, nul phénomène pyrétique ne les accompagne ; cependant l'usage a prévalu de leur donner le nom qu'elles portent, et nous ne voyons aucun avantage à le changer aujourd'hui.

Quelque différence d'ailleurs qu'il y ait en apparence entre les fièvres régulières et les divers phénomènes que nous avons réunis sous le titre commun de fièvres anomales, nous croyons pourtant qu'il existe entre elles, non seulement de l'analogie, mais encore une complète identité. En effet, les fièvres anomales règnent dans les mêmes saisons, dans les mêmes lieux que les fièvres intermittentes régulières. Elles n'existent jamais simultanément chez le même individu, mais elles se succèdent quelquefois. Les unes et les autres ont la même marche ; elles ont, en effet, des accès bien caractérisés, séparés par des intermittences égales et revenant à des intervalles réguliers. Lorsque les fièvres anomales se prolongent pendant un certain temps, elles donnent lieu aux mêmes

accidents secondaires que les fièvres régulières. Elles récidivent aussi facilement que celles-ci. On peut voir une fièvre intermittente régulière devenir anomale, et réciproquement; C. Médicus rapporte plusieurs faits qui le prouvent. Enfin, le quinquina est également efficace contre les unes et contre les autres.

Toutes ces circonstances nous paraissent, comme à M. Chomel, plus que suffisantes pour justifier, sinon la réunion, du moins le rapprochement des fièvres intermittentes régulières et des affections décrites sous le nom de fièvres intermittentes anomales. C'est d'ailleurs ce qui avait été établi depuis longtemps par les praticiens les plus éminents, tels que Morton, Sydenham, Van-Swiéten, Senac, Rosen, Huxham, Dehaën, Lautter, et C. Médicus, qui a écrit sur ces affections un traité généralement estimé.

REMARQUES SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES SYMPTOMATIQUES.

Nous avons jusqu'à présent considéré l'appareil fébrile, intermittent, comme étant *essentiel*, c'est-à-dire indépendant de toute lésion matérielle appréciable. Cependant, on rencontre assez fréquemment dans la pratique des cas dans lesquels la fièvre intermittente est symptomatique, ou coïncide du moins avec quelque altération locale récente ou ancienne. Ainsi, les auteurs ont vu plusieurs fois des accès fébriles réguliers survenir à la suite de l'introduction d'une sonde dans l'urètre; le fait de ce genre observé par Giannini est le plus remarquable de tous ceux qu'on connaît (1). La cautérisation des rétrécissements de l'urètre (Lallemand), et la blennorrhagie (Simon de Hambourg), ont plusieurs fois donné lieu aux mêmes accidents. Il en serait, dit-on, de même de l'orchite blennorrhagique (Simon). M. Chomel a vu une fièvre à type tierce être symptomatique d'une entérite peu intense, et M. Piorry a cité un cas de fièvre quotidienne développée à la suite d'une lésion traumatique de la rate. Enfin, pour terminer, nous dirons que les suppurations profondes, les infiltrations urineuses et la phthisie à la deuxième et à la troisième période sont les causes les plus fréquentes des fièvres intermittentes symptomatiques. Celles-ci, le plus ordinairement, sont bénignes, mais on les a vues pourtant quelquefois revêtir un caractère pernicieux, surtout dans des cas de crevasse des conduits de l'urine, et lorsque ce liquide vient à s'infiltrer dans le tissu cellulaire.

Ces fièvres symptomatiques présentent en général les stades de froid, de chaleur et de sueur qui appartiennent aux fièvres essentielles. Quant

(1) Giannini parle d'un homme de cinquante ans, robuste, qui fut pris à quatre reprises différentes, et à plusieurs années d'intervalle, d'accès fébriles intermittents, à la suite de l'introduction d'un cathéter dans l'urètre qui avait blessé les parois de ce canal. Il y eut chaque fois de trois à dix paroxysmes; le quinquina en triomphait toujours. *De la nature des fièvres*, t. I, p. 207.

au type, elles sont presque toujours quotidiennes ou double-quotidiennes, très rarement tierces, et peut-être jamais quartes; un grand nombre sont rémittentes. Comme l'a fort bien fait observer M. le professeur Chomel, il faut toujours se méfier du type double quotidien, et même quotidien, c'est-à-dire de tous les types dans lesquels l'intermission est courte, parce que, en effet, ce sont presque toujours les seuls que les fièvres symptomatiques revêtent. Ainsi donc, toutes les fois qu'un malade se plaindra d'éprouver des accès fébriles double-quotidiens et même quotidiens, on devra se hâter d'explorer méthodiquement tous les organes, toutes les fonctions, pour s'assurer du véritable caractère des accidents qu'on observe.

Presque toujours dans la fièvre quotidienne symptomatique les accès arrivent le soir au lieu de commencer le matin ou au milieu du jour, comme cela se remarque communément pour la fièvre essentielle. Cependant il n'en est pas toujours de même. Ainsi dans les fièvres qui sont symptomatiques d'une altération des voies digestives, on voit parfois l'apparition des accès être subordonnée à l'heure des repas et à la quantité des aliments ingérés. On peut alors suspendre souvent les accès ou les provoquer, en mettant les malades à la diète ou en les faisant manger beaucoup. Tel est le fait, rapporté par M. Chomel, d'un homme dont la fièvre, symptomatique d'une phlegmasie intestinale, affectait le type tierce, parce que cet individu prenait des aliments un jour et faisait abstinence le lendemain. Les fièvres intermittentes symptomatiques diffèrent encore des fièvres essentielles par l'action douteuse ou nulle qu'exercent sur leur marche les préparations de quinquina. Ainsi nous avons vu que dans la fièvre intermittente essentielle, la quinine donnée en quantité suffisante arrêtait promptement et sûrement les accès fébriles, tandis qu'il n'en est plus de même pour les fièvres symptomatiques, qui résistent généralement aux fébrifuges; ou bien, lorsque ceux-ci ont paru avoir une influence, cette action a été lente; les accès, au lieu de cesser brusquement, n'ont le plus souvent diminué que d'une manière insensible, et par conséquent on peut se demander si leur cessation n'a pas été plutôt l'effet de la marche naturelle de la maladie que de l'administration du quinquina. C'est ce qu'on observe, par exemple, fréquemment dans les accès quotidiens, symptomatiques de la phthisie pulmonaire. Je n'ignore pas pourtant que le quinquina donné dans ces fièvres symptomatiques a arrêté quelquefois brusquement les accès, comme il l'aurait fait pour une fièvre essentielle; c'est ce qu'on voit, par exemple, dans l'observation de Giannini. Cependant, dans ces cas où le quinquina exerce une action si prompte et si décisive, il est permis de se demander si, au lieu d'être symptomatiques, les accès fébriles n'auraient pas été essentiels; car il n'y a rien d'impossible, par exemple, qu'une sonde introduite dans l'urètre d'un sujet impressionnable

produise une fièvre intermittente, non par l'irritation mécanique du canal, mais par une influence sur tout le système nerveux; de même qu'on voit la même maladie survenir, chez des sujets prédisposés, à l'occasion d'une frayeur, d'une émotion morale, d'un refroidissement, d'une indigestion, etc., circonstances qui n'ont agi que comme causes simplement occasionnelles. Je crois surtout que la suppression des accès par la quinine, tandis que la maladie primitive suit son cours, doit démontrer que la fièvre intermittente n'est qu'un accident sans relation essentielle avec l'affection qu'elle est venue probablement compliquer.

Le pronostic de ces fièvres sera subordonné à la gravité des lésions dont les accès intermittents sont la conséquence. Leur apparition peut avoir dans quelques cas une valeur diagnostique presque certaine : ainsi lorsqu'après une opération grave on voit survenir sous les types quotidien et double quotidien des accès fébriles intermittents ou rémittents, on peut annoncer presque avec certitude l'existence d'une résorption purulente.

Quelque incertaine que soit l'action du quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes qui sont réellement symptomatiques, il n'y a cependant aucun inconvénient à l'administrer dans les cas où les accès sont survenus à l'occasion d'une blennorrhagie ou de l'introduction d'une sonde dans l'urètre, ou bien après la cautérisation de ce canal. On donnera aussi le sulfate de quinine, mais avec beaucoup moins de chances de réussite, lorsque la fièvre se lie à l'existence de tubercules ou d'infiltration urineuse. Ce médicament est au contraire inutile, et même nuisible toutes les fois que les accès sont symptomatiques d'une résorption purulente, ou d'une entérite. Dans ce dernier cas, on ne pourra empêcher les retours périodiques de la fièvre qu'en soumettant les malades à un régime sévère, et même en employant les antiphlogistiques.

QUATRIÈME GENRE DE FIÈVRES.

DES FIÈVRES RÉMITTENTES.

On entend par *fièvres rémittentes* celles dont les symptômes persistent sans interruption comme dans les fièvres continues; mais elles diffèrent de ces dernières en ce qu'elles présentent, à des intervalles déterminés, des rémissions plus ou moins complètes, bientôt suivies d'un paroxysme qui a le plus souvent le type quotidien ou tierce. La fièvre rémittente n'est autre que la *fièvre congestive* de plusieurs auteurs.

Historique. — La fièvre rémittente est, de toutes les pyrexies, celle qui a été le plus anciennement décrite; c'est d'elle, en effet, que parle

Hippocrate dans ses livres des épidémies, comme M. Littré l'a parfaitement démontré (1). Cette opinion est aussi professée dans ses cours d'histoire de la médecine par M. Bell, qui est à la fois un bon praticien et l'un des érudits les plus consciencieux que je connaisse. Les fièvres hippocratiques, dont il est en effet absolument impossible de reconnaître le caractère, lorsqu'on les compare à toutes celles que nous observons dans ce climat, se classent au contraire très bien lorsqu'on les rapproche des fièvres rémittentes et pseudo-continues des climats chauds. C'est ce dont on peut se convaincre lorsqu'on compare, ainsi que le fait M. Littré, les observations et les descriptions laissées par Hippocrate avec celles qui ont été récemment publiées par M. Maillot sur les fièvres d'Afrique, par Twining sur celles du Gange, par Stewardson sur celles du continent américain. Enfin le séjour de l'armée française en Morée en 1828 (2) a encore démontré qu'après vingt-deux siècles, la Grèce était affligée des mêmes fièvres qu'au temps d'Hippocrate, et que ces fièvres, inconnues à Paris, mais identiques à celles des climats chauds, ne sont autres que les fièvres rémittentes et pseudo-continues.

Anatomie pathologique. — Nous ne possédions encore aucune notion précise sur les altérations que laisse après elle la fièvre remittente, lorsque le docteur Stewardson, l'un des médecins les plus distingués de Philadelphie, est venu combler cette lacune en publiant dans *The American Journal* (april 1841 et april 1842) un travail remarquable, fruit des observations recueillies par lui à l'hôpital de Pensylvanie. Chez les sujets emportés par la fièvre rémittente, on ne trouve aucune lésion spéciale ou constante dans les centres nerveux, ainsi que dans les organes de la respiration et de la circulation. Mais il n'en est plus de même des organes abdominaux, qui, comme le foie, la rate et l'estomac, sont constamment ou presque constamment le siége d'une altération plus ou moins profonde. Ainsi, chez tous les sujets, M. Stewardson a trouvé la rate ayant acquis un volume double, triple ou quadruple de l'état normal, et ramollie jusqu'à diffluence de son tissu. Le foie a présenté des altérations plus remarquables encore, puisqu'elles semblent en effet spéciales, et constituer, à proprement parler, le caractère anatomique de la maladie. Cet organe est généralement augmenté de volume parfois à un degré considérable, et sa consistance est moindre qu'à l'état normal. Sa couleur est aussi constamment modifiée : ainsi sa coloration propre, rouge-brun, est remplacée par une teinte bronzée, ou par un mélange bronze et olive; plus souvent elle est d'un gris de plomb, mêlée à une couleur verte-olive. Cette altération de couleur est généralement, uniformément répandue dans tout l'organe,

(1) *Œuvres d'Hippocrate*, édit. de Littré, t. 2, p. 538. Argument.

(2) *Histoire médic. de l'armée française en Morée pendant la campagne de* 1828, par M. Roux. Paris, 1829.

et envahit à la fois les deux substances. On trouve ordinairement la bile en quantité considérable. L'estomac est aussi presque toujours altéré dans la fièvre rémittente ; il le serait, d'après Stewardson, cinq fois sur six, et cette altération consisterait dans l'injection, l'épaississement ou le ramollissement de la membrane muqueuse. Toutefois la description de l'habile médecin américain a laissé quelques doutes dans notre esprit, et après l'avoir attentivement lue, nous ne saurions affirmer que plusieurs de ces altérations ne soient pas cadavériques, et à supposer qu'elles se soient développées pendant la vie, nous ne croyons pas, avec l'auteur, qu'elles indiquent une phlegmasie de la membrane muqueuse. Le tube intestinal ne présente dans la fièvre rémittente aucune liaison particulière ; on a retrouvé seulement parfois la membrane muqueuse de l'intestin grêle ramollie par places, et un développement des follicules de Brunner dans le duodénum.

En résumé, dans la fièvre rémittente, deux organes, la rate et le foie, seraient constamment altérés, et l'estomac peut-être aussi. Les résultats de M. Stewardson sont en cela parfaitement d'accord avec ceux de son compatriote, le docteur Gérhard, et jusqu'à un certain point avec celles de Twining, qui affirme qu'à Calcutta la fièvre rémittente produit constamment des congestions viscérales, et, si celles-ci persistent, de véritables inflammations. Les organes spécialement attaqués seraient d'après ce dernier : l'estomac, les intestins, le foie, la rate, le cerveau, et les poumons. Mais les recherches cadavériques faites par Twining manquent de précision, et nous inspirent peu de confiance. Quoi qu'il en soit, on voit par ce qui précède que les lésions de la rate et de l'estomac n'offrent rien de spécial, car on les rencontre dans le cours de plusieurs autres maladies ; mais l'altération de couleur du foie serait plus spéciale à l'affection dont nous traitons : aussi M. Stewardson est-il porté à la considérer comme le seul caractère anatomique de la fièvre rémittente. Toutefois l'auteur américain n'ayant pas encore, à ce sujet, une conviction complète, désire que ses premiers résultats soient confirmés par des nouvelles observations. En tout cas, il reconnaît que l'altération du foie, pas plus qu'aucune de celles que l'ouverture des cadavres démontre, ne peut expliquer ni les accidents qu'on observe pendant la vie, ni la terminaison si souvent fatale de la maladie. On est donc obligé encore ici d'invoquer une altération spéciale du sang, et qui, à supposer qu'elle existe, reste encore indéterminée.

Symptômes. — La fièvre est parfois rémittente dès son début ; dans d'autres cas, les malades commencent par présenter tous les symptômes d'une fièvre intermittente ordinaire ; puis les accès se prolongeant et se rapprochant de plus en plus, finissent par se confondre ; le caractère rémittent se révèle alors. Enfin, il est des malades qui n'ont d'abord qu'un appareil fébrile, franchement continu, et ce n'est que par degrés

que celui-ci prend ensuite la forme rémittente. Dans ces cas, comme dans ceux où la fièvre est primitivement rémittente, la maladie débute par un état de langueur, par de l'oppression à la région précordiale, par la débilité ou seulement des lassitudes, et par une douleur derrière le cou qu'Hippocrate avait signalée, et que M. Twining a également notée dans les fièvres du Bengale.

Lorsque la fièvre rémittente est parfaitement établie, on constate un appareil fébrile intense, s'accompagnant chez la plupart des malades de tension et d'une douleur plus ou moins vive à l'épigastre, ou vers l'un ou l'autre hypochondre spécialement à gauche. Ce symptôme, noté d'abord par Hippocrate chez le tiers des malades, constaté par Twining dans une proportion égale, a existé presque toujours, ou 19 fois sur 20, chez les malades traités par le docteur Stewardson. Tous les auteurs, depuis Hippocrate, ont noté aussi la sécheresse de la langue dans la fièvre rémittente, symptôme qui se développe rapidement du deuxième au quatrième jour, c'est-à-dire beaucoup plus tôt que dans aucune des maladies aiguës que nous observons dans notre climat, sans en excepter la fièvre typhoïde. La soif est modérée, l'appétit nul; et dans la plupart des cas, il survient dès le troisième jour, tantôt plus tôt, le plus souvent plus tard, des vomissements verdâtres. Les selles sont ordinairement régulières; d'autres fois il y a constipation ou diarrhée; la partie du ventre située sous les hypochondres est souple et tout-à-fait indolore; la sécrétion urinaire ne présente rien de remarquable. Ces accidents, et surtout la fièvre, existent d'une manière continue à un degré variable, mais ils s'exaspèrent régulièrement, et cette aggravation semblable à un accès de fièvre intermittente ordinaire, s'annonce par des frissons ou un refroidissement du corps, surtout marqué aux extrémités, qui prennent souvent une coloration bleuâtre ou livide. Ce dernier symptôme, qu'on retrouve dans un tiers des observations consignées dans les épidémies d'Hippocrate, a été également mentionné par Twining et Stewardson; il persiste souvent plusieurs heures pendant toute la durée du paroxysme. C'est pendant ces exacerbations qu'on voit souvent apparaître quelques uns des accidents pernicieux dont nous avons précédemment parlé, surtout des symptômes cérébraux, comme le délire, le coma, qu'on retrouve dans les observations d'Hippocrate sous les noms de *phrenitis* et de léthargie, ou bien des symptômes de pneumonie caractérisant la fièvre rémittente pneumonique. D'ailleurs, l'état de la constitution et de la santé antérieure peut apporter quelques modifications importantes dans la physionomie de chaque paroxysme. Ainsi, chez les individus débiles, usés par des travaux pénibles ou des excès, le pouls est mou, les gencives ont une teinte bleuâtre, la face a la pâleur du cadavre, les extrémités restent froides et violacées pendant toute la durée du paroxysme, pendant lequel aussi la poitrine et la tête sont

couvertes de sueurs froides. Chez les individus robustes, la réaction est franche et portée à un haut degré, la chaleur du corps est considérable, le pouls est vibrant, la face injectée, les douleurs aux hypochondres sont vives et les vomissements fréquents.

Ces exacerbations, qui ont lieu communément le matin ou le soir, frappent soudainement les malades; elles ont toujours une durée de plusieurs heures, et se terminent, comme les accès de fièvre intermittente simple, par de la sueur ou une simple moiteur. Mais les rémissions ne sont pas toujours aussi marquées que je le dis ici, car quelquefois elles sont au contraire très obscures, elles passent même inaperçues; les malades présentent alors un état typhoïde qui paraît continu.

Marche, durée, terminaisons. — Dans la fièvre rémittente il n'y a jamais d'apyrexie, mais seulement une diminution périodique dans les accidents, et surtout dans la fièvre. Il arrive quelquefois que celle-ci, après une certaine durée à l'état rémittent, devient franchement intermittente; d'autres fois, au contraire, les exacerbations périodiques cessent, l'intermittence est absorbée, et il ne reste plus qu'un appareil fébrile continu qui se lie souvent alors à quelque inflammation viscérale. Quoi qu'il en soit, lorsque la fièvre a été d'abord intermittente, elle reprend souvent sa forme primitive avant de se terminer par la guérison.

On dit généralement que la fièvre rémittente peut se présenter sous les principaux types des fièvres intermittentes; cependant on l'observe rarement sous le type quarte, et le type tierce n'est même pas très commun. Dans la plupart des cas, les fièvres rémittentes ont des accès quotidiens ou double quotidiens, mais on n'en observe jamais ayant plus de deux accès par jour. La prédominance de quelques accidents en donnant à la maladie une physionomie spéciale, permet d'en distinguer trois formes qui sont: 1° la rémittente *commune* ou *vulgaire*, celle dans laquelle on n'observe que les symptômes ordinaires et dans leur degré accoutumé; 2° la rémittente *bilieuse*, dans laquelle les symptômes gastriques prédominent et qui se rapproche par quelques points de la fièvre jaune; 3° la rémittente *pernicieuse*, caractérisée par un des accidents graves qui se montrent dans les fièvres pernicieuses ordinaires.

La fièvre rémittente offre encore ceci de remarquable dans sa marche, qu'elle peut avoir une durée très longue, comme trente ou quarante jours; que d'autres fois, au contraire, elle se juge en trois ou quatre par la santé ou par la mort. Sa durée moyenne, d'après M. Stewardson, serait de quinze jours. Quand la terminaison est favorable, le rétablissement est ordinairement assez prompt, et la convalescence est courte.

Si la maladie a une issue funeste, la mort arrive après un plus ou moins grand nombre de paroxysmes; toutefois, comme Twining l'a vu,

quelques malades débiles sont emportés dès les premiers accès. Le même auteur a prouvé qu'il y avait dans chaque paroxysme deux moments dans lesquels le danger était le plus grand, c'était l'époque de la réaction, pendant laquelle quelque viscère important se congestionne ou s'enflamme, et l'instant où l'excitation fébrile diminue, car alors beaucoup de malades tombent dans un état de collapsus ou de syncope dont ils ne peuvent souvent se relever.

Les fièvres rémittentes récidivent très souvent, mais un peu moins fréquemment pourtant que les fièvres intermittentes.

Diagnostic. — Il est souvent difficile de déterminer si la fièvre est réellement rémittente. On pourrait, en effet, confondre avec elle les exacerbations parfois régulières qu'on observe dans le cours d'un grand nombre d'affections aiguës. Cependant ces exacerbations n'ont guère lieu que le soir et pendant la nuit, tandis que dans les fièvres rémittentes on peut les observer à toutes les heures du jour. Celles-ci sont presque toujours caractérisées par les trois stades des fièvres intermittentes, tandis que, dans les simples exacerbations des maladies aiguës, on ne voit ni le frisson ni les autres phénomènes qui marquent le début des premières ni les sueurs qui les jugent. Cependant il ne faudrait pas croire que dans toutes les fièvres rémittentes on rencontre les trois stades toujours bien dessinés; car, dans quelques cas, l'un d'eux peut manquer, comme on l'a vu pour les fièvres intermittentes.

Pour établir le diagnostic, on aura encore égard à la marche de l'affection : ainsi lorsque la maladie a débuté par être intermittente, cette circonstance éclairera le médecin sur le véritable caractère de la rémittence qu'on observe, et sur la méthode thérapeutique qu'on devra employer. Enfin l'existence simultanée d'un grand nombre de fièvres intermittentes, le pays, la saison dans lesquels on observe, seront encore une circonstance qui devra être prise en considération dans les cas incertains. Pour le diagnostic avec la fièvre jaune, voir plus haut, p. 68.

Pronostic. — Le pronostic varie suivant une foule de circonstances. Pour l'établir, on aura égard à l'intensité des exacerbations et aux symptômes qui prédominent pendant qu'elles ont lieu. Les accidents cérébraux entraînent surtout beaucoup de danger. Le refroidissement des extrémités survenant dès le début, et s'accompagnant surtout de la couleur bleue cyanique de la peau, est d'un très fâcheux augure. Les fièvres rémittentes sont des affections graves, qui emportent souvent plus de la moitié des sujets; elles sont une des causes principales de la mortalité dans les climats chauds. Il paraîtrait pourtant qu'à Philadelphie elles n'emporteraient guère qu'un dixième des individus. Toutefois il y a à ce sujet de grandes différences d'un lieu à un autre, et, dans les mêmes pays, d'une année ou même d'une saison à l'autre.

Étiologie. — Nous ne savons rien autre sur l'étiologie de la maladie,

si ce n'est qu'elle est propre aux climats chauds, et qu'elle sévit dans les lieux marécageux. On la retrouve surtout dans les Indes orientales, en Afrique dans toutes les provinces soumises à notre domination; en Amérique dans une foule de contrées, et notamment dans les Carolines et la Louisiane ; en Europe, enfin, dans les États les plus méridionaux, surtout en Grèce, et même dans quelques uns de nos départements où existent beaucoup de marécages; mais on ne l'observe point ou à peine à Paris. C'est ce qui explique pourquoi des hommes même éminents dans la science, comme M. Bouillaud, qui n'ont point observé dans les climats chauds, ni suppléé à leur manque d'expérience par la lecture des ouvrages, ont été portés à nier jusqu'à l'existence de la fièvre rémittente. Dans les pays où celle-ci règne, on la voit sévir surtout du mois d'août au mois d'octobre. Rare avant seize ans, elle atteint surtout les adultes, et se développe souvent sans cause, mais fréquemment après une insolation prolongée, surtout lorsque les individus ont été soumis ensuite à l'influence de l'humidité. On ne sait rien de précis sur l'action des autres causes.

Traitement. — Le sulfate de quinine est le seul remède spécifique des fièvres rémittentes. On le donnera dans les cas ordinaires à la dose de 75 centigrammes, et dans les cas graves, pernicieux, à la dose de 1 à 2 grammes, et plus. On choisit pour administrer le remède le moment de la rémission, c'est-à-dire l'instant où le pouls mollit et tombe, et où la peau a de la tendance à s'humecter. Toutefois, s'il existe des accidents pernicieux, comme le péril peut être prochain, il faut donner le sel de quinine dès qu'on est appelé, fût-ce même pendant l'exacerbation. Le sulfate de quinine a pour effet ordinaire de prévenir, ou tout au moins de rendre moins intense le paroxysme suivant. Disons pourtant que les préparations de quinquina n'ont pas, contre la fièvre rémittente, l'efficacité qu'elles ont contre les fièvres intermittentes. Il est, en effet, des épidémies et des saisons dans lesquelles la quinine agit faiblement, lentement, ou même échoue tout-à-fait: c'est ce qui la fait très à tort considérer par quelques médecins comme étant absolument inutile.

Le traitement de la fièvre rémittente comprend encore quelques autres moyens qui ne sont ordinairement qu'accessoires, et qu'on a également vantés comme curatifs. En première ligne se placent les émissions sanguines générales et locales. Les premières sont presque toujours funestes; car à quelque époque qu'on les pratique elles sont ordinairement suivies d'un état de collapsus, au milieu duquel les malades succombent. Les saignées locales ont quelquefois le même inconvénient; mais elles l'ont à un degré bien moindre, et si le sujet est fort, si la douleur et la tension des hypochondres et de l'épigastre sont considérables, il peut être vraiment avantageux d'appliquer sur ces parties quelques

ventouses scarifiées ; de même qu'on essaiera de combattre les accidents cérébraux par des sangsues derrière les oreilles ou des ventouses à la nuque. La perte de sang, comme le dit Twining, n'est manifestement utile qu'au commencement du premier ou du deuxième paroxysme ; faite plus tard, c'est un remède d'un effet très douteux ; il faut en être très avare, et ne l'employer d'ailleurs que lorsqu'elle est impérieusement commandée par quelque congestion ou inflammation grave ; mais même alors on devra agir avec circonspection, et surveiller avec une grande attention l'écoulement sanguin. Enfin, quand la stupeur est grande, M. Stewardson se loue beaucoup d'un vésicatoire à la nuque ; il dit avoir également constaté l'utilité de cet exutoire appliqué sur les hypochondres et à l'épigastre, quand les douleurs de ces régions sont vives, qu'il existe de l'oppression et une grande irritabilité de l'estomac. A l'intérieur, les malades useront modérément de boissons acidules, gazeuses, fraîches, ou même glacées. On entretiendra la liberté du ventre par des lavements ou de doux cathartiques ; mais il faut s'abstenir des purgatifs violents, tels que ceux qu'emploient trop souvent les médecins anglais : le calomel lui-même, cette sorte de panacée, ne paraît jouir d'aucune efficacité.

Nature. — D'après tout ce qui précède, il est inutile d'insister pour prouver l'identité complète des fièvres rémittentes et intermittentes, puisqu'elles reconnaissent les mêmes causes, ont des symptômes communs, ont la même marche et sont combattues le plus souvent avec succès par le quinquina. Il semble que ces deux genres d'affections ne diffèrent entre elles que par *le degré*. Comme Baumes l'a dit avec raison, il faut quelque chose de plus pour créer une fièvre plutôt rémittente qu'intermittente (1). Cet auteur faisait dépendre la première de l'activité plus grande des causes morbides. D'autres, avec M. Nepple et M. Maillot, ont expliqué la rémittence de la fièvre par l'existence de quelque irritation ou inflammation viscérale, qui persisterait après les accès. Cependant les recherches d'anatomie pathologique ne justifient pas tout-à-fait cette opinion ; car nous avons vu précédemment que du côté de l'estomac les lésions n'étaient pas assez graves pour expliquer l'appareil des symptômes qu'on observe, et d'ailleurs il n'est pas prouvé que ces lésions ne soient pas le plus souvent cadavériques. Fera-t-on de la fièvre rémittente une maladie symptomatique de la lésion de la rate ou du foie ? Mais à cette manière de voir on peut opposer toutes les raisons qu'on objecte à ceux qui veulent localiser les fièvres intermittentes dans la rate, c'est-à-dire que la lésion de ce viscère peut exister, même à un haut degré, sans exciter la fièvre ; qu'elle manque souvent dans les premiers temps ; qu'elle s'accroît quelquefois quand la fièvre dimi-

(1) *Traité des Fièvres rémittentes*, tom. Ier, p. 16. Montpellier, 1821.

nue, et même lorsqu'elle a complétement disparu. On doit donc regarder l'augmentation de volume et le ramollissement de la rate comme une conséquence, une suite, et non pas comme une cause de la fièvre. Personne, je pense, n'oserait soutenir que la cause des désordres fonctionnels et de la fièvre est dans l'altération du foie, qui n'a certainement pas plus que celle de la rate une origine inflammatoire : aussi a-t-on été conduit à supposer une cause plus générale, et à regarder la maladie comme liée à une infection ou à une altération particulière du sang.

DE LA FIÈVRE PSEUDO-CONTINUE.

Les médecins qui ont exercé dans les pays marécageux ont remarqué depuis longtemps qu'il existe dans ces localités des fièvres continues simples, ou s'accompagnant de quelque accident pernicieux, qui reconnaissent la même origine que les fièvres intermittentes et rémittentes, et cèdent, comme ces dernières, à l'administration des préparations de quinquina. Ce sont ces affections fébriles qui constituent les *fièvres pseudo-continues*, ainsi dénommées parce qu'elles simulent tout-à-fait par leur marche les maladies franchement continues. La fièvre *subcontinue* de Torti nous paraît se rapporter plutôt aux fièvres rémittentes, qu'à l'espèce dont nous traitons actuellement.

La fièvre pseudo-continue est la forme la plus rare des maladies par infection paludéenne. Rien, en effet, de moins commun que de voir naître, sous l'influence des émanations marécageuses, un mouvement fébrile présentant une continuité parfaite, c'est-à-dire sans intermittence ou sans rémittence appréciable. Mais je n'entends parler ici que de notre climat, car il n'en est pas absolument de même dans d'autres latitudes. M. Maillot a vu, en effet, qu'en Algérie, et surtout à Bone, il n'existe au mois de juin que des fièvres intermittentes et des fièvres continues; la rémittence et la subintrance ont complétement cessé; cependant ces affections se rattachent au même principe, car le sulfate de quinine a une égale efficacité contre elles.

Symptômes. — La fièvre peut être continue dès le début ou bien ne le devenir que peu à peu. Elle commence alors par des accès intermittents quotidiens, qui se rapprochent et s'enjambent; enfin, toute apparence de paroxysme cessant, la maladie ressemble tout-à-fait à une pyrexie continue. Il est infiniment rare pourtant, malgré l'apparence de la continuité la plus complète, qu'on n'observe pas aussi des redoublements périodiques plus ou moins marqués, suivant le type de la fièvre au début. C'est ce qui m'a fait dire en commençant que la fièvre pseudo-continue franche était excessivement rare; car du moment que des paroxysmes réguliers existent, la fièvre appartient à la classe des rémittentes. Dans la fièvre pseudo-continue, il n'existe souvent qu'un mouvement fébrile simple;

d'autres fois, il survient en outre quelques uns des accidents graves des fièvres pernicieuses, surtout des symptômes cérébraux.

Marche.— La fièvre pseudo-continue, pour peu qu'elle se prolonge, a une grande tendance à se compliquer d'accidents typhoïdes. La langue alors se sèche et brunit, les dents s'encroûtent de fuliginosités, la prostration est extrême, les idées s'embarrassent; il survient du délire, du coma, des soubresauts de tendons, et presque toujours alors la maladie a une issue funeste. D'autres fois, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié, la continuité de la fièvre est brisée par des paroxysmes réguliers ou par une véritable intermittence.

Diagnostic.— Si la fièvre est continue d'emblée; si, dès le début aussi, quelque symptôme grave, pernicieux, fait explosion, on est très exposé à méconnaître la véritable nature de l'affection, qui se termine alors promptement par la mort.

Le pays dans lequel on observe, et la nature des maladies régnantes, sont les seules circonstances qui peuvent quelquefois éveiller l'attention du praticien, car on ne peut saisir dans la marche des symptômes aucune particularité capable d'en révéler l'origine. Cependant il est rare qu'on se trouve dans un embarras aussi grand, car dans presque tous les cas, si on ne découvre plus des paroxysmes réguliers, on apprendra par l'interrogatoire et le témoignage des parents que la maladie a présenté à son début tantôt des accès franchement intermittents, le plus souvent des paroxysmes rémittents, qui ont fini par ne plus se reproduire.

Pronostic. — Le pronostic de la fièvre pseudo-continue est à peu près celui de la fièvre rémittente.

Traitement. — N'ayant pas été à même d'observer la fièvre pseudo-continue, et les travaux que j'ai consultés, et notamment l'ouvrage de M. Maillot, ne m'ayant point satisfait, j'ose à peine dire ici quelle doit être la règle de conduite à suivre dans le traitement de la maladie. Voici pourtant ce qui me semble le plus rationnel. Si la fièvre est simple, si elle ne se complique d'aucun accident pernicieux, si la réaction est vive, il est indiqué d'ouvrir la veine; et s'il existe en outre des signes de congestion ou de phlogose vers un viscère, on aura recours à l'application de ventouse ou de sangsues. Cette médication suffit souvent pour interrompre la continuité de la fièvre, qui, devenant rémittente ou même intermittente, est alors facilement attaquable par le sulfate de quinine qu'on administre comme il a été dit précédemment. S'il existe des symptômes pernicieux, je crois qu'en vue du péril qui menace les malades il ne serait pas prudent d'ajourner l'administration du sel de quinine après l'emploi des émissions sanguines; et à supposer toutefois que celles-ci soient indiquées par la nature des symptômes et permises par l'état des forces, nous voudrions qu'on leur associât en même temps les préparations de quinquina. Ce médicament et les excitants diffusibles,

aidés de révulsifs cutanés, sont les seuls moyens auxquels il faille avoir recours quand la fièvre se complique d'accidents typhoïdes.

Nature. — La fièvre pseudo-continue a la même nature, la même origine que la fièvre intermittente, dont elle ne diffère que par la continuité accidentelle du mouvement fébrile. On a cherché à expliquer cette continuité comme on avait expliqué celle de la rémittente, c'est-à-dire par le développement et la persistance de lésions viscérales de nature inflammatoire existant surtout dans les organes digestifs et leurs annexes. Mais les ouvertures de cadavres n'ont pas encore résolu cette question ; la science, d'ailleurs, attend encore de nouveaux faits pour éclaircir tout ce qui a rapport à la fièvre pseudo-continue, dont l'histoire reste tout entière à tracer.

CINQUIÈME GENRE DE FIÈVRES.

DE LA FIÈVRE HECTIQUE.

SYNONYMIE. — *Febricula ;* fièvre lente.

Sous le nom de fièvre *hectique* on entend une fièvre continue ou rémittente d'une durée longue et incertaine, et offrant comme symptômes des plus remarquables un amaigrissement progressif qui va souvent jusqu'au marasme.

Les auteurs ont divisé cette fièvre en trois périodes. Dans la première (*febris inchoata*), il n'y a de remarquable qu'une diminution dans l'appétit, les forces et l'embonpoint ; le malade est pâle ; il y a des alternatives de froid et de chaleur. Dans la deuxième période (*febris adulta*), l'amaigrissement fait des progrès, la faiblesse augmente, la digestion est pénible, la fièvre est continue, elle offre des redoublements chaque soir. Ces symptômes s'aggravent de plus en plus, les yeux se cavent, les tempes s'enfoncent, les côtes font saillie, le ventre est déprimé, toutes les parties molles s'atrophient, la peau se sèche et se couvre de crasse, le dévoiement vient ensuite augmenter la faiblesse, les extrémités s'infiltrent, et le malade expire dans le dernier degré de marasme. Cette fièvre a une durée incertaine ; il est rare qu'elle soit moindre de deux ou trois mois. La mort en est le résultat le plus constant.

D'après ce que j'ai dit précédemment, que la fièvre hectique était presque toujours symptomatique, il faudra, toutes les fois qu'elle existe, rechercher avec soin la cause qui l'a produite et qui l'entretient. Dans quelques cas pourtant il est difficile de localiser la maladie, en raison du petit nombre de symptômes locaux qu'on observe. Cependant, si on se

rappelle que les tubercules pulmonaires sont la cause la plus ordinaire de la fièvre hectique, si on sait que cette lésion organique produit à elle seule plus de fièvres hectiques que toutes les autres causes réunies, on sera naturellement conduit à en soupçonner l'existence toutes les fois que la fièvre ne trouvera point son explication dans quelque lésion locale manifeste, dans une émotion morale, dans des excès, ou des évacuations excessives.

Le pronostic de la fièvre hectique est toujours grave, mais il est subordonné à la nature des lésions dont la fièvre est un des symptômes.

Causes. — Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours on a parlé de la fièvre hectique, les anciens la considéraient comme étant le plus souvent essentielle; mais les travaux modernes ont prouvé que presque toujours la fièvre hectique était symptomatique de quelque lésion viscérale : c'est ce que Cullen avait d'ailleurs lui-même établi. Les maladies qui entretiennent le plus ordinairement la fièvre hectique sont : les tubercules pulmonaires et mésentériques, les vastes suppurations, la carie des os, l'inflammation chronique des membranes muqueuse, intestinale, aérienne et génito-urinaire. D'autres fois, la fièvre survient à la suite de l'épuisement que produit la sécrétion exagérée d'un fluide naturel, tel que l'urine, la sueur, le lait, le sperme. On l'a vue également succéder à des hémorrhagies abondantes. Enfin, les émotions de l'âme, les chagrins, la nostalgie, les fatigues excessives, les douleurs violentes, comme dans certaines névralgies rebelles, la privation d'aliments ou une nourriture insuffisante, peuvent encore être cause de fièvre hectique.

D'après cette énumération des causes de la maladie, il est évident qu'il faut encore admettre des fièvres hectiques *essentielles,* c'est-à-dire qui ne peuvent s'expliquer par aucune lésion matérielle ou saisissable des solides ou des liquides. C'est là un fait rare et purement exceptionnel, mais qu'on ne saurait nier, puisque M. Chomel a vu deux fièvres hectiques occasionner la mort, sans que l'autopsie ait fait constater aucune lésion capable de rendre compte des symptômes observés pendant la vie.

Traitement. — Le traitement est variable. On ne peut rien opposer à la fièvre elle-même, mais tous les moyens dont l'art dispose seront dirigés contre les affections dont la fièvre hectique est presque toujours le symptôme. Pour les cas rares où la fièvre est essentielle, il suffit le plus souvent d'enlever la cause qui l'a produite, pour la voir cesser plus ou moins rapidement.

DEUXIÈME CLASSE DE MALADIES.

MALADIES CONSTITUÉES PAR UN VICE DE PROPORTION DU SANG.

Il est une classe de maladies qui sont constituées, soit par une altération de quantité dans la masse du sang, soit par un défaut de proportion dans les globules, qui sont tantôt en excès, et tantôt au-dessous du chiffre physiologique. Dans cette classe existent des maladies générales et des maladies locales, suivant que les vices de proportion du sang portent sur la masse entière, ou seulement sur la portion de ce liquide qui afflue vers tel ou tel organe. Dans les maladies générales se trouvent la pléthore et l'anémie, de laquelle nous rapprocherons la chlorose. Dans les maladies locales sont toutes les congestions sanguines et les anémies locales, affections qui sont uniquement constituées parce que le sang se porte en trop grande ou en trop petite quantité dans les capillaires d'un organe ou d'une portion d'organe, sans qu'il soit nécessairement survenu quelque changement appréciable dans les parties constituantes du liquide; tandis que dans la pléthore et l'anémie il existe à la fois altération de quantité dans la masse du sang, et changement de proportion dans une des parties constituantes. Quoi qu'il en soit, les maladies de cette classe peuvent être divisées en deux genres, 1° celles dans lesquelles le sang est en excès; 2° celles dans lesquelles il est en défaut.

PREMIER GENRE.

MALADIES PAR EXCÈS DE SANG.

DE LA PLÉTHORE OU POLYÉMIE.

Dans le langage des anciens médecins, le mot *pléthore* (de πληθώρα, *réplétion*) servait à désigner la surabondance réelle ou présumée de certains liquides, comme le sang, la lymphe, la bile, le sperme, le lait, etc.; mais aujourd'hui ce mot est réservé exclusivement pour exprimer que le système circulatoire contient une quantité de sang beaucoup plus considérable que ne le comportent les besoins de l'économie.

D'après cette définition, la pléthore constituerait toujours un état morbide; cependant on admet généralement, avec M. le professeur Chomel, qu'il existe une pléthore permanente constitutionnelle qui est

pour certains individus un état physiologique, car elle est compatible avec l'exercice régulier de toutes les fonctions. Dans le cas contraire, la pléthore est dite *morbide*. Dans la définition précédente, j'ai indiqué que dans le pléthore le sang existait en plus grande abondance; mais je dirai pourtant, avec M. Andral, que personne n'a encore donné la démonstration de ce fait, qui néanmoins est probable, quand on considère la nature de quelques symptômes et l'efficacité des saignées.

Symptômes. — Les signes de pléthore peuvent se développer peu à peu ou brusquement, à l'occasion de quelques unes des causes occasionnelles que nous mentionnerons plus tard. Dans la pléthore, on observe une sorte de rougeur et de tuméfaction de toute l'enveloppe cutanée, due à la réplétion du système capillaire. Cet état est surtout appréciable à la face, aux mains, dont les mouvements de flexion sont difficiles, et aux pieds, qui sont comme engourdis et comprimés par les chaussures. Le pouls est large et dur; les battements du cœur sont énergiques; parfois, comme notre ami Jacquemier l'a constaté dans la pléthore des femmes enceintes, on entend un bruit de souffle; mais ce phénomène est rare hors l'état de grossesse; M. Andral conteste même qu'il ait jamais lieu. Toutes les veines sont distendues, et la circulation se fait très lentement dans ces vaisseaux. Souvent aussi on peut se convaincre par la percussion, ainsi que M. Piorry l'a noté le premier, que les principaux réservoirs du sang, et surtout le cœur et le foie, occupent un plus grand espace; les poumons eux-mêmes sont parfois un peu engoués à leur partie postérieure, comme le prouvent la diminution de la sonorité et de l'expansion vésiculaire. Le sang fournit un caillot volumineux, d'une fermeté médiocre, ne présentant jamais de couenne, mais parfois seulement une pellicule transparente ou des irisations éparses. MM. Andral et Gavarret ont prouvé que le sang des pléthoriques différait du sang ordinaire par la quantité moindre d'eau qu'il contient et surtout par l'augmentation du nombre des globules. Ainsi M. Andral rapporte dans son *Essai d'hématologie pathologique*, p. 44, que les globules dont la moyenne normale est de 127 sur mille, peuvent s'élever jusqu'à 154, et ont pour moyenne dans la pléthore le chiffre 141. Le même observateur a encore démontré, contrairement à l'opinion généralement reçue, que la fibrine restait dans les limites de son état physiologique, puisque sur 31 saignés il a trouvé pour moyenne de ce principe 2,7 (le maximum normal est 3 1/2).

L'individu pléthorique éprouve des lassitudes et un état général d'engourdissement; il est paresseux; son travail est pénible; il s'assoupit dès qu'il est en repos, et son sommeil est lourd, agité par des rêves; le réveil est difficile. La tête est pesante; il y a des vertiges, des bourdonnements d'oreilles; la face devient momentanément plus rouge, les malades se plaignent d'y éprouver un sentiment de chaleur incommode :

c'est ce qu'on nomme des bouffées de chaleur. En même temps l'appétit est diminué ou perdu; les selles sont rares; il y a quelquefois un peu d'oppression.

Marche, durée, terminaisons. — Ces symptômes peuvent persister un ou plusieurs jours, une ou plusieurs semaines, ou plusieurs mois, mais en présentant des alternatives; puis ils diminuent et cessent spontanément. D'autres fois, c'est une hémorrhagie, une sueur abondante, un flux urinaire ou intestinal, une fièvre éphémère, qui jugent la maladie. Comme l'observe M. Chomel, les rechutes sont très rares, tandis que les récidives sont très fréquentes. La maladie se reproduit souvent alors avec les mêmes symptômes, et se termine toujours de la même manière. La pléthore est une cause prédisposante ou efficiente de plusieurs maladies : c'est ainsi que des congestions sanguines et des hémorrhagies ne reconnaissent d'autre cause qu'un état pléthorique. On a dit aussi que la pléthore prédisposait aux inflammations; mais cette opinion n'a été émise que par analogie, et par suite des idées qu'on s'était faites sur la composition du sang, qu'on croyait très riche en fibrine. M. Andral d'ailleurs s'est assuré, par l'observation clinique, que les individus pléthoriques n'étaient pas plus sujets que d'autres à contracter des inflammations.

Diagnostic et pronostic. — Le diagnostic de la pléthore n'offre jamais de difficulté; le pronostic n'est jamais fâcheux, excepté pourtant lorsque la pléthore, récidivant fréquemment, s'accompagne d'un état de congestion permanente du côté de quelque viscère important.

Etiologie. — La pléthore, rare dans l'enfance et l'adolescence, est plus commune dans la période moyenne de la vie; les femmes y sont plus sujettes que les hommes, ce qui s'explique par leur vie sédentaire, par les troubles de la menstruation, et enfin parce qu'en raison de l'hémorrhagie mensuelle qu'elles ont, la sanguification est beaucoup plus active chez elles. L'état de grossesse est une cause très fréquente de pléthore pour la femme; ce qui dépend peut-être de la suppression des règles, du défaut plus complet d'exercice joint à une alimentation plus abondante. La pléthore atteint rarement les hommes robustes qui se livrent à des travaux rudes. Elle affecte, au contraire, fréquemment les sujets sanguins, replets, obèses, au visage coloré, qui fatiguent peu, usent peu leur intelligence, dorment beaucoup, et ont une nourriture abondante. Le printemps est la saison qui semble favoriser le plus la pléthore. Cet état se développe parfois à l'occasion de quelque cause qui excite la circulation : tels sont l'exposition à une température élevée, l'immersion dans un bain trop chaud, un excès de table, une émotion morale, la suppression d'une hémorrhagie, ou l'omission d'une saignée habituelle.

Traitement. — La saignée générale est le moyen par excellence pour

combattre la pléthore ; on y joindra l'emploi de quelques laxatifs, des boissons délayantes diurétiques et un régime doux.

Si la pléthore récidive fréquemment, il faut astreindre les individus à un régime sévère : ainsi leur alimentation sera surtout composée de végétaux herbacés et de viandes blanches ; ils s'abstiendront de prendre des liqueurs spiritueuses et des vins généreux ; ils entretiendront la liberté du ventre par des lavements ; ils feront tous les jours de l'exercice à pied, exciteront la transpiration ; enfin ils auront recours à la saignée le moins qu'on pourra ; car les saignées répétées, comme les hémorrhagies constitutionnelles, ont l'inconvénient d'activer la sanguification, et par conséquent d'être une cause éloignée de pléthore.

DE LA CONGESTION SANGUINE EN GÉNÉRAL.

On doit donner le nom de *congestion* (de *congerere*, amasser), d'*hypérémie* ou de *pléthore locale* à l'accumulation du sang en plus grande quantité qu'à l'état normal, dans une partie quelconque du corps.

On a distingué deux variétés ou espèces de congestion : 1° une congestion *active* ou *sthénique*, dans laquelle on a supposé une augmentation dans la vitalité des parties : ce serait celle qu'on devrait désigner sous le nom de *fluxion ;* 2° une congestion *asthénique* ou *passive*, c'est-à-dire par relâchement ou atonie des vaisseaux, soit que cette congestion arrive spontanément, soit qu'elle résulte d'un obstacle mécanique à la circulation veineuse. On pourrait rapprocher de cette dernière espèce les congestions dites *cadavériques*, c'est-à-dire celles qui se forment après la mort ou dans les derniers instants de la vie.

Anatomie pathologique. — Lorsqu'un organe est congestionné, la quantité de sang qu'il doit contenir normalement est augmentée. Par suite de cette accumulation, son volume est devenu plus considérable, et l'on remarque aussi un changement dans la coloration du tissu, qui est rosé, rouge ou noirâtre. L'augmentation du volume est non seulement produite par la plus grande quantité de sang contenu dans les vaisseaux, mais encore par une infiltration de sérosité dans les mailles du tissu cellulaire ; car les congestions, pour peu qu'elles se prolongent, se compliquent souvent d'œdème, produit probablement par la stase du sang et par la difficulté avec laquelle ce liquide circule dans l'organe hypérémié. La congestion peut occuper tout l'organe, ou bien n'être que partielle. Si la partie hypérémiée est formée de deux tissus ou de deux substances d'une vascularité inégale, comme le cerveau et les reins, etc., on trouvera presque toujours que la congestion est plus considérable là où normalement existait un plus grand nombre de vaisseaux. Toutes choses égales d'ailleurs, la congestion est presque toujours plus marquée dans les parties déclives ; ce qu'il ne faut pas toujours attribuer à un effet

cadavérique, comme on pourra s'en convaincre plus tard, surtout par rapport aux poumons. Un tissu simplement congestionné n'a subi aucune modification de consistance ; si parfois on trouve celle-ci diminuée, cela tient à la grande quantité de liquides dont il est imprégné ; il suffit alors de le comprimer et d'en exprimer le sang et la sérosité qu'il renferme, pour lui rendre presque toujours sa densité normale, comme il suffit de le laver ou de le faire macérer quelques heures pour le décolorer. On obtiendrait le même résultat en injectant de l'eau dans les vaisseaux ; ce qui prouve que, dans la congestion, le sang ne fait que stagner dans les capillaires, sans être combiné avec les tissus. Il est inutile de dire que, dans un organe qui est congestionné, les vaisseaux doivent paraître plus considérables. Leur distension peut même devenir telle que parfois ils se déchirent, et alors se forment des hémorrhagies circonscrites ou diffuses, suivant l'abondance du sang, le volume des vaisseaux et la texture des parties. Dans ces derniers temps, M. Dubois, d'Amiens, a conclu de quelques recherches microscopiques, que, dans la congestion, le sang se borne à distendre les capillaires de premier ordre, c'est-à-dire ceux qui sont continus et intermédiaires aux artères et aux veines, tandis que lorsque les capillaires plus ténus et naturellement blancs s'engorgent à leur tour, l'hypérémie tourne à l'hémorrhagie ou à l'inflammation. Il est inutile de prémunir le lecteur qu'il doit accepter avec réserve cette opinion, ainsi que toutes celles qui ne s'appuient que sur des résultats microscopiques. L'hypérémie n'est caractérisée par aucun état spécial de sang.

Les caractères anatomiques des congestions précédemment décrits se dissipent quelquefois très rapidement dans les derniers instants de la vie ; c'est ce qui explique pourquoi on ne trouve plus à l'ouverture de certains cadavres les traces des congestions diagnostiquées pendant la vie, et qui ont produit néanmoins de graves accidents.

Symptomatologie.—Une congestion peut se former brusquement ou peu à peu ; elle peut être précédée ou accompagnée de symptômes généraux et sympathiques extrêmement variables ; mais elle est surtout caractérisée par des troubles locaux qui varient suivant une foule de circonstances et surtout suivant l'organe qui est le siége de la congestion. Ainsi, lorsque la partie hypérémiée est extérieure, on la voit rougir et augmenter de volume; sa température semble augmenter, et les artères qui le traversent battent avec plus de force que de coutume. Les malades y éprouvent souvent aussi de la chaleur, une douleur obtuse ou une sensation d'engourdissement; les fonctions de l'organe sont aussi plus ou moins perverties, et cela varie depuis un trouble à peine marqué jusqu'à la suspension complète de la fonction, comme on l'observe, par exemple, dans certaines congestions cérébrales qui peuvent tuer rapidement et presque instantanément.

Marche, durée, terminaisons. — Les symptômes propres aux congestions peuvent arriver brusquement à leur summum d'intensité; d'autres fois ils offrent pendant quelque temps une marche ascendante. Cependant leur durée est généralement courte, elle est rarement de plus de trois ou quatre jours; elle peut néanmoins se prolonger plusieurs mois comme ne durer que quelques moments; mais ce sont là des cas exceptionnels. D'ailleurs on ne peut établir aucun rapport entre la violence de la congestion et sa durée. Une congestion peut, en effet, cesser dans un point et se reproduire dans un autre; c'est ainsi qu'on peut voir en quelques heures ou en quelques jours les organes les plus éloignés, internes ou externes, être pris d'un mouvement fluxionnaire. M. Trousseau, qui a observé plusieurs faits de ce genre, dit que cette variabilité dans le siége des congestions ne se remarque guère que chez les femmes hystériques.

Dans la plupart des cas, la congestion se termine par délitescence ou résolution, et celle-ci est parfois accompagnée de quelque mouvement critique du côté de la peau ou du tube digestif; d'autres fois l'hypérémie se juge par une hémorrhagie qui se fait dans l'organe congestionné ou à son voisinage; enfin, dans les cas les plus rares, on voit survenir une inflammation plus ou moins grave.

Il est peu de maladies qui soient plus sujettes à récidives que les hypérémies. On a dit avec raison que les congestions appelaient d'autres congestions, et que lorsqu'un organe s'est fluxionné une fois, il a beaucoup de tendance à le devenir encore. Il est des individus chez lesquels ces hypérémies se font toujours vers le même point, et cela à des intervalles plus ou moins rapprochés et quelquefois réguliers. La reproduction fréquente des congestions dans un même organe finit par produire diverses lésions consécutives, telles qu'une vascularité plus grande, et plus tard une augmentation de volume ou une hypertrophie. Il n'est nullement démontré, au contraire, que les parties qui sont souvent affectées d'hypérémie deviennent plus fréquemment le siége des lésions organiques et des productions accidentelles. Toutefois il arrive fréquemment que, dans le sein d'un tissu chroniquement affecté, il se forme de temps en temps des congestions sanguines actives qui ont pour effet d'augmenter momentanément les souffrances et d'imprimer une marche plus rapide à la lésion organique.

Diagnostic. — Il est parfois difficile de distinguer une hypérémie du premier degré de l'inflammation ou d'une hémorrhagie interstitielle. Il nous est impossible de tracer à ce sujet aucune règle générale de diagnostic; mais en traitant de chaque hypérémie nous aurons soin d'exposer les difficultés des cas particuliers, et nous rechercherons comment on peut en triompher.

Pronostic. — Le pronostic varie suivant la forme de la congestion et

sa persistance, suivant l'importance de l'organe affecté, enfin selon ses modes de terminaison, etc. ; c'est ce qui s'expliquera mieux par la suite à l'occasion de chaque hypérémie en particulier.

Étiologie. — Tous les organes peuvent se congestionner; mais la fréquence des hypérémies dans chacun d'eux est presque toujours en raison directe de la quantité de vaisseaux qu'ils contiennent: aussi l'utérus, le cerveau, les poumons, le foie, la rate et les membranes muqueuses sont les organes qu'on voit se congestionner le plus souvent. Les hypérémies se forment à tous les âges, et aussi facilement chez les sujets débilités et ayant un sang appauvri, que chez ceux qui sont dans des conditions opposées; mais le siége des congestions, ainsi que leurs symptômes, varie dans les différents âges de la vie. L'état pléthorique et une grande irritabilité nerveuse sont les deux conditions organiques qui prédisposent le plus aux congestions. Celles-ci se déclarent le plus souvent spontanément sans qu'on puisse saisir aucune cause déterminante; d'autres fois elles succèdent manifestement à quelque cause d'excitation locale ou générale; fréquemment aussi l'afflux du sang vers une partie tient à des variations brusques dans la pression atmosphérique ou dans la température.

Quant à la cause intime du phénomène, nous ne pouvons la saisir; expliquer, en effet, la congestion par un spasme des veines, des artères, du cœur, etc., c'est faire une hypothèse gratuite et que rien jusqu'à présent ne peut justifier.

Traitement. — Les congestions sthéniques réclament un traitement actif, tel que les saignées générales, les dérivations puissantes, par les révulsifs cutanés, les purgatifs drastiques, l'emploi des ventouses Junod. Quelquefois, pour dégorger l'organe plus complétement, on doit recourir aux saignées locales, et surtout aux sangsues, qu'on applique en grand nombre afin de produire un écoulement considérable ; si on agissait autrement, les sangsues pourraient avoir un effet contraire. Enfin il est des congestions tellement rebelles ou qui se reproduisent si fréquemment, qu'on est obligé, pour les combattre et en prévenir le retour, d'établir en permanence un large exutoire loin du point où la congestion se fait. On peut aussi appliquer de temps en temps quelques sangsues. On ajoute à ces moyens l'usage des lavements, des diurétiques, l'abstinence des boissons stimulantes, des alcooliques; enfin on prescrit un régime délayant. Chez les sujets nerveux, les bains tièdes ou frais avec ou sans affusion, et les antispasmodiques seront utiles; chez les chlorotiques, l'usage des martiaux suffirait pour triompher des congestions qu'on observe.

Des congestions passives. — Jusqu'à présent, je n'ai parlé que des congestions actives, et qui semblent n'avoir lieu que par une surexcitation des forces vitales; il me reste à dire un mot de celles, au contraire,

qui surviennent dans les cas où le principe vital affaibli ne peut plus contrebalancer la puissance des lois physiques. Elles reconnaissent souvent pour cause un obstacle à la circulation ; elles sont fréquentes dans les maladies qui s'accompagnent d'une diminution de la fibrine du sang. Ces congestions se produisent aussi à l'extérieur comme à l'intérieur vers les parties déclives ou dans celles dans lesquelles l'influx nerveux est diminué ou anéanti. Elles se forment peu à peu, ont une marche lente, et on peut souvent les faire cesser ou reparaître à volonté, suivant que les parties sont placées dans une position élevée ou déclive.

Ces congestions passives réclament rarement l'emploi des antiphlogistiques. Elles devront le plus souvent être combattues par les stimulants et les toniques administrés à l'intérieur, ou du moins en topiques. Mais il importe, avant tout, de placer les parties hypérémiées dans une position convenable. Lorsque l'engorgement sanguin est l'effet d'un obstacle au retour du sang veineux, comme dans les cas de compression ou d'oblitération d'une veine, il n'y a d'autre indication qu'à détruire l'obstacle, et si la chose est impossible, il conviendra d'exercer une douce compression sur la partie, et de la placer de manière à favoriser le plus possible la progression du sang du côté du cœur.

DE LA CONGESTION CÉRÉBRALE.

Synonymie. — Hypérémie cérébrale; coup de sang.

Historique. — La congestion cérébrale a été mal indiquée par les auteurs anciens; ils la confondaient d'ailleurs avec l'apoplexie lorsqu'elle était portée à un certain degré d'intensité. Mais les recherches des auteurs modernes, et particulièrement celles de MM. Lallemand, Andral, Cruveilhier, Rostan, Rochoux, etc., ont depuis longtemps fait cesser cette confusion; et grâce à ces travaux, tous remarquables à différents titres, l'histoire des congestions cérébrales est aujourd'hui assez complète.

Anatomie pathologique. — Pour apprécier convenablement les lésions propres à l'hypérémie cérébrale, il importe de se rappeler que la coloration du cerveau varie beaucoup, à l'état normal, dans les différentes parties de l'organe, et qu'elle n'est pas la même aux différents âges de la vie. L'hypérémie peut occuper isolément ou simultanément la substance blanche ou grise. Lorsqu'elle survient spontanément, elle est presque toujours générale, tandis que l'hypérémie bornée à un point limité des centres nerveux se lie presque toujours à quelque lésion matérielle organique préexistante. Lorsque la substance blanche est congestionnée, si on la coupe par tranches, on voit suinter à sa surface de petites taches de sang plus ou moins confluentes; on dit alors que le cerveau est *piqueté* ou *sablé*, parce que, en effet, ce pointillé ressemble

assez bien à des grains de sable rouge qu'on aurait semés sur la substance médullaire. Cette disposition se remarque surtout aux lobes antérieurs, à la convexité des hémisphères et dans les couches optiques. L'hypérémie de la substance grise se révèle quelquefois par le même état piqueté ou sablé; mais le plus souvent on ne distingue qu'une coloration d'un rouge uniforme, et par la pression on exprime du tissu une quantité de sang plus ou moins considérable. Dans tous les cas, la pulpe cérébrale conserve sa consistance normale; les membranes se séparent facilement; celles-ci participent souvent à l'injection du viscère; il y a quelquefois des épanchements séreux.

L'hypérémie cérébrale, qu'elle soit sthénique ou asthénique, aiguë ou chronique, se révèle toujours à peu près, sur le cadavre, par les mêmes caractères. Il est pourtant une altération sur laquelle M. Durand Fardel a depuis peu appelé l'attention, et qui, d'après cet habile observateur, serait caractéristique de l'hypérémie chronique. Cette lésion, que M. Durand appelle *état criblé* du cerveau, consiste en une réunion de petits canaux creusés au sein de la substance cérébrale et traversés chacun par un petit vaisseau; ces trous peuvent admettre la pointe et parfois la tête d'une très fine aiguille. La partie malade ressemble alors beaucoup, par sa structure et son aspect, à ce qu'on nomme la *lame criblée* du cerveau, située en dehors du chiasma. Les criblures pathologiques siègent surtout dans les hémisphères, au-dessous des circonvolutions, et peuvent occuper une très grande étendue. M. Durand explique cette lésion par la distension souvent répétée des vaisseaux, qui ont dû opérer ainsi forcément un refoulement de la substance du cerveau. Cette explication rationnelle est d'ailleurs confirmée par les phénomènes de congestion observés pendant la vie de ces individus. Toutefois, les faits rapportés par M. Durand ne me semblent pas encore suffisants pour donner à son opinion la valeur d'une démonstration.

Symptômes. — La congestion cérébrale a assez souvent un début brusque; ailleurs, les accidents se développent graduellement. Dans les deux cas, la figure s'injecte; les malades accusent des vertiges, des éblouissements, des tintements ou des bourdonnements d'oreilles; la vue est trouble; ils ont des illusions d'optique; la tête est lourde, pesante; les facultés intellectuelles sont obtuses; il y a de la tendance au sommeil; beaucoup de malades éprouvent des engourdissements, des fourmillements ou de la pesanteur dans les membres; la langue semble se mouvoir difficilement, ce qui produit un certain embarras dans la parole; les artères temporales battent avec force.

Lorsque la congestion est plus forte, les malades perdent tout-à-coup connaissance; ils sont privés de sentiment et de mouvement; tous les muscles sont dans la résolution; la respiration est stertoreuse. Quelquefois, au lieu de cette résolution générale de tous les membres,

on n'observe qu'une paralysie bornée à un membre ou à une moitié du corps; la paralysie alterne quelquefois avec des mouvements convulsifs, mais le plus souvent ceux-ci ne se remarquent que dans le côté du corps opposé à la paralysie. La perte du sentiment ou du mouvement coïncide le plus fréquemment avec l'abolition des facultés intellectuelles; d'autres fois, celles-ci sont intactes; enfin, quelques malades peuvent éprouver un délire maniaque avec une agitation extrême. L'hypérémie avec perte de connaissance et paralysie, etc., caractérise ce qu'on nomme la *congestion apoplectique* ou le *coup de sang*.

Formes. — Comme on le voit, les symptômes de la congestion cérébrale varient beaucoup suivant les individus; c'est ce qui a porté quelques auteurs à distinguer cinq, sept et jusqu'à huit formes différentes d'hypérémie cérébrale. On pourrait en admettre un plus grand nombre encore, mais ces distinctions n'ont aucune importance; et, pour la pratique, il suffit de distinguer, avec M. Rostan, une forme bénigne et une forme grave.

Marche, durée, terminaisons. — Quels que soient d'ailleurs les symptômes qu'on observe, ceux-ci n'ont généralement qu'une durée assez courte. Il suffit souvent de quelques heures pour que le rétablissement des malades devienne complet. Cependant, lorsqu'il y a eu perte de connaissance ou paralysie, il est rare de voir cet état cesser brusquement, et même au bout de trois à douze heures. Dans la plupart de ces cas, en effet, les malades éprouvent encore pendant plusieurs jours de la torpeur, de l'embarras dans toutes les fonctions de la vie de relation. Mais il est rare que les symptômes graves de la congestion cérébrale durent plus de trois jours; lorsqu'ils persistent au-delà de cette époque, il faut généralement soupçonner quelque autre lésion du cerveau, et particulièrement une hémorrhagie ou un ramollissement. Il n'est pas très rare de voir des malades succomber brusquement par suite d'une congestion cérébrale: nous avons observé plusieurs faits de ce genre. Dans ces cas, l'autopsie n'explique pas toujours ni la terminaison funeste, ni les symptômes observés pendant la vie. C'est ainsi que des individus qui sont morts après avoir éprouvé une hémiplégie ou des convulsions dans un côté du corps, ne nous ont pas montré la congestion plus marquée dans un hémisphère que dans l'autre; et avec quelque attention qu'on examinât le cerveau, on ne voyait nulle part la raison des accidents qui s'étaient montrés dans une moitié du corps. Souvent aussi, bien que les malades soient morts avec des symptômes de compression et de collapsus, on ne trouve pour expliquer la mort qu'une injection fort légère; il faut admettre alors que l'hypérémie a diminué dans les derniers instants de la vie.

La congestion cérébrale est une des maladies qu'on voit récidiver le plus souvent. Lorsqu'elle se reproduit ainsi à de courts intervalles, elle

a souvent pour résultat de troubler gravement les fonctions cérébrales ; c'est ainsi que les facultés intellectuelles s'émoussent, que la contractilité musculaire s'affaiblit, et les malades arrivent, avant l'âge, à un état qui se rapproche de la démence sénile.

Diagnostic. — La congestion cérébrale offre des points de contact avec plusieurs maladies, et spécialement avec les hémorrhagies, le ramollissement et l'arachnitis. Mais on verra, en parlant de chacune de ces affections, que le diagnostic différentiel d'avec la congestion cérébrale est le plus souvent facile. Je rappellerai seulement ici que les symptômes qui accompagnent les congestions du cerveau même les plus graves, comme la paralysie, le délire et les convulsions, disparaissent promptement ; ils ne sont même quelquefois qu'éphémères, tandis qu'ils ont une durée incomparablement plus longue dans les autres maladies. Ainsi la rapidité avec laquelle disparaissent les symptômes propres aux congestions cérébrales, sera un caractère distinctif de la plus grande valeur. Il est inutile de dire que, lorsque l'hypérémie cérébrale tue promptement, il est impossible de la différencier de l'apoplexie et de la plupart des autres causes de mort subite.

Je suis porté à rattacher à la congestion cérébrale l'affection connue sous le nom de *calenture*, qu'on observe fréquemment à bord des navires naviguant sous les tropiques, ou sur nos soldats exposés au soleil d'Afrique dans les mois de la canicule, et qui est caractérisée par un délire violent, survenant brusquement au milieu de la nuit, avec cris, vociférations, agitation extrême et hallucinations. Ce qui justifie cette opinion, c'est la facilité avec laquelle on voit ces accidents disparaître sous l'influence de saignées copieuses. Cependant jusqu'à présent nous manquons d'autopsies, qui nous permettent d'établir quelle est la véritable nature de la calenture.

Pronostic. — Le pronostic n'offre aucune gravité lorsque la congestion est légère ; mais il n'en est plus de même lorsque l'hypérémie est assez forte pour produire le délire, le coma, la paralysie ou les convulsions. Toutes choses égales d'ailleurs, la congestion est plus fâcheuse chez les vieillards que chez l'adulte, parce que chez les premiers elle produit plus souvent que chez les autres des hémorrhagies ou des ramollissements consécutifs, maladies auxquelles la vieillesse prédispose.

Causes. —Toutes les conditions qui augmentent la quantité du sang, ou qui font affluer ce liquide en plus grande abondance vers le cerveau, ainsi que celles qui gênent son retour vers le cœur, sont autant de causes prédisposantes ou efficientes des congestions cérébrales. Il faut ranger dans les deux premières catégories la pléthore, la suppression d'hémorrhagies constitutionnelles, l'anévrisme du ventricule gauche du cœur, le mouvement fébrile, les émotions morales, les travaux intellectuels opiniâtres, l'abus des liqueurs alcooliques, une alimentation trop succulente,

une diminution dans la pesanteur atmosphérique, une chaleur ou une insolation trop intense ou un froid trop vif. Ainsi les individus qui meurent après avoir été exposés à une température de 30 à 40° centigrades, ou à un froid de 8 à 15°, présentent surtout comme lésion cadavérique une vive injection de la pulpe cérébrale. Le froid exerce peut-être une action plus marquée sur la circulation cérébrale que la température contraire. C'est ainsi que de nombreux relevés statistiques faits successivement à Paris, à Turin et en Hollande, ont prouvé que les congestions cérébrales avaient leur maximum de fréquence en hiver.

Les causes principales qui produisent la congestion cérébrale en empêchant le retour du sang vers le cœur sont : les efforts violents, les ligatures, et toutes les pressions exercées sur le cou. C'est le plus souvent à une constriction de cette partie, par le col utérin ou le cordon ombilical, qu'il faut attribuer ces accidents qu'on observe chez beaucoup d'enfants au moment de la naissance, et qu'on désigne communément sous le nom d'*asphyxie*, bien que dans la plupart des cas ils ne dépendent que d'une congestion encéphalique. Les professions qui forcent à tenir la tête dans une position déclive, les maladies du cœur, et surtout celles du ventricule droit, les tumeurs de l'aorte, du tronc brachio-céphalique et des carotides, lorsqu'elles exercent une compression sur les veines jugulaires : enfin le rétrécissement ou l'oblitération d'un ou de plusieurs sinus de la dure-mère, quelle qu'en soit la cause, amènent souvent une congestion cérébrale. C'est encore par suite d'une gêne de la circulation qu'il faut expliquer le développement des congestions cérébrales qui surviennent dans les asphyxies par l'acide carbonique et l'oxide de carbone. Les substances narcotiques stupéfiantes, comme l'opium, la belladone, l'alcool, le tabac, la digitale, etc., prises en trop grande quantité, peuvent aussi déterminer une forte hypérémie cérébrale. On a dit que chacune de ces substances avait une action sur une partie spéciale du cerveau : ainsi, d'après M. Flourens, l'opium agirait sur les hémisphères, l'alcool sur le cervelet, la belladone sur les tubercules quadrijumeaux ; mais aucun résultat recueilli sur l'homme n'a encore confirmé ces assertions, qui ne se fondent que sur quelques expériences peu concluantes tentées sur les animaux.

Enfin il est des hypérémies cérébrales qui surviennent sous l'influence de causes dont le mode d'action nous échappe : telles sont, par exemple, ces congestions qui affectent si fréquemment les individus dont les digestions sont pénibles, ou qui sont tourmentés par la constipation. A différentes reprises, on a vu les congestions cérébrales sévir d'une manière presque épidémique. Il n'y a encore aucun relevé statistique qui démontre le degré de fréquence relative des congestions cérébrales dans les deux sexes et aux différents âges de la vie. Toutefois, tout

porte à croire que ces maladies sont plus spéciales à l'âge adulte et à la vieillesse.

Traitement. — Le traitement sera prophylactique ou curatif. Les individus prédisposés ou sujets déjà aux congestions cérébrales ne devront pas séjourner dans les lieux dont la température est trop élevée ou trop froide; ils useront modérément des plaisirs vénériens; ils éviteront les émotions morales, les contentions d'esprit et les exercices violents. Ils seront sobres, et banniront de leur régime les boissons et les aliments doués de propriétés stimulantes; ils entretiendront la liberté du ventre à l'aide de lavements, ou bien on leur administrera de temps en temps quelques pilules d'aloès, qui auront le double avantage de provoquer des selles et de déterminer vers le rectum un mouvement fluxionnaire ou un flux hémorrhoïdal. On évitera que le cou soit trop serré par les cravates; on proscrira toutes les coiffures qui pourraient congestionner la tête; les pieds seront, au contraire, tenus le plus chauds possible et à l'abri de l'humidité. La construction du lit mérite aussi de fixer l'attention du médecin : c'est ainsi qu'il faudra bannir les oreillers de plume; la tête ne devra reposer que sur des oreillers en crin ou en balle d'avoine; enfin le lit formera un plan fortement incliné de la tête aux pieds. Lorsque, malgré ces précautions, la congestion cérébrale se déclare, on emploiera la série de moyens dont j'ai parlé dans mes généralités. D'ailleurs, le traitement de cette maladie ne différant pas de celui de l'apoplexie, je renvoie à celle-ci. Je dois pourtant dire un mot de l'emploi des émissions sanguines. Tout le monde est d'accord pour conseiller la saignée générale; mais beaucoup blâment l'emploi des saignées locales faites dans le voisinage de l'organe congestionné : ainsi on craint que des sangsues mises derrière les apophyses mastoïdes, loin de combattre la congestion, ne la provoquent ou ne l'augmentent. Cette crainte serait fondée si on n'appliquait qu'un petit nombre de sangsues, et si on n'obtenait qu'un faible écoulement de sang; mais si, au contraire, on met d'emblée vingt à trente sangsues, et si on provoque un écoulement considérable de sang, on produira sûrement le dégorgement des vaisseaux cérébraux. On parviendra aussi au même résultat en entretenant pendant douze, seize ou vingt-quatre heures, un écoulement de sang continu à l'aide d'applications successives de deux, quatre ou six sangsues. Ce dernier moyen est peut-être celui qu'il faudrait préférer dans le cas de congestion cérébrale mécanique, comme lorsqu'une tumeur quelconque, comprimant les veines jugulaires, empêche le retour du sang vers le cœur.

DE LA CONGESTION SANGUINE RACHIDIENNE.

Ludwig, les deux Frank, et plus récemment M. Ollivier d'Angers, dans son *Traité des maladies de la moelle*, ont rapporté à une congestion rachidienne un certain nombre d'accidents, tels que des douleurs vagues dans les membres et le dos, certaines névralgies sciatiques, certaines claudications, divers tremblements et mouvements convulsifs, la stupeur et la paralysie de ces membres, ainsi que plusieurs phénomènes épileptiformes et tétaniques, surtout dans les cas où ces accidents disparaissent après une durée assez courte. Cependant, les auteurs dont je parle n'ont pas démontré l'exactitude de leur opinion par des recherches nécroscopiques; mais ils ont surtout été portés à rattacher à une congestion rachidienne les accidents que j'ai énumérés, parce que ceux-ci étaient à peu près semblables à ceux que détermine une forte hypérémie cérébrale. Comme on le voit, l'existence de la congestion rachidienne n'est établie que par voie d'analogie et nullement d'une manière expérimentale ou clinique. Mais, ainsi que l'observe M. Calmeil, on aurait tort d'inférer de ce qui se passe vers le cerveau, que la même cause matérielle transportée vers le rachis y entraînerait les mêmes inconvénients. En effet, lorsque le sang se porte en abondance dans les vaisseaux cérébraux, il doit inévitablement exercer une compression sur la pulpe nerveuse, puisque l'organe remplit exactement la boîte osseuse du crâne; tandis que, quelque intense que soit la congestion rachidienne, on voit l'injection plus ou moins considérable dans les veines et les vaisseaux de la pie-mère, pénétrer rarement le cordon nerveux. Cette congestion d'ailleurs ne saurait jamais exercer beaucoup de compression sur la moelle elle-même à cause de l'espace considérable qui existe naturellement en arrière, entre les lames des vertèbres et l'organe rachidien.

En résumé, je crois que dans l'état actuel de la science on ne connaît aucun groupe de symptômes qu'on puisse regarder comme étant l'effet d'une congestion de la moelle épinière. Tout ce qu'on a dit à ce sujet demande à être vérifié par de nouvelles observations.

CONGESTION PULMONAIRE.

Le poumon est un des organes qui se congestionne le plus facilement; c'est ce qui s'explique par la nature de ses fonctions, par l'activité de sa circulation, par la grande quantité de sang que ce viscère contient habituellement, par son voisinage et ses connexions intimes avec le cœur. Les congestions pulmonaires sont actives ou passives. Peu ou mal étudiées jusqu'à ce jour, nous allons essayer d'en tracer l'histoire, surtout d'après les faits que nous avons nous-même observés.

CONGESTION ACTIVE DES POUMONS.

Dans la congestion active, les poumons sont moins crépitants et plus lourds, ils surnagent moins complétement; d'une couleur violacée, il s'écoule des incisions qu'on leur pratique une grande quantité de sang noir, fluide, mêlé à de la sérosité spumeuse. Les bronches sont ordinairement vides, ou contiennent un peu de mucus blanc ou légèrement sanguinolent.

Symptômes. — Dans toutes les congestions actives des poumons, les malades accusent de l'oppression, un sentiment pénible de gêne dans la poitrine, souvent accompagné d'une sensation de chaleur dans cette cavité, et d'une légère accélération des mouvements respiratoires. Lorsque la toux existe, elle est presque toujours sèche et peu fréquente; quelquefois pourtant les malades rejettent quelques crachats blancs, visqueux, souvent striés de filets de sang. Il est fort rare que la percussion du thorax donne quelque signe morbide. Cependant, lorsque la congestion est considérable et *qu'elle affecte la superficie du poumon*, le son de la poitrine sera obscurci à ce niveau, ce dont on pourra se convaincre en percutant comparativement le côté sain *dans les points correspondants.* Par l'auscultation on constate, en outre, au niveau des points congestionnés une diminution parfois considérable dans le murmure vésiculaire, mais sans augmentation dans la résonnance de la voix. Dans quelques cas rares, indépendamment de la faiblesse du bruit respiratoire, on entend encore, surtout pendant la respiration, quelques bulles rares de râles muqueux ou sous-crépitants, ce qui indique qu'un peu d'exhalation s'est faite dans les vésicules ou dans les bronches. Ces râles n'offrent rien de particulier, et tout ce que M. Fournet a dit à ce sujet dans son livre me semble avoir été plutôt imaginé que réellement observé. A l'aide des signes physiques que je viens d'indiquer, on peut limiter plus ou moins exactement le siége de la congestion. Quoique celle-ci puisse se montrer indistinctement dans tous les points du poumon, l'observation a prouvé cependant que dans la grande majorité des cas, l'hypérémie occupe le bord postérieur et la partie inférieure de l'organe.

La congestion pulmonaire réveille peu de phénomènes sympathiques; les seuls symptômes généraux qui l'accompagnent sont ceux qu'on rencontre dans la plupart des autres congestions actives.

Marche, durée, terminaisons. — Il n'est pas ordinaire que la congestion pulmonaire débute aussi brusquement que celle du cerveau, et que, comme celle-ci, elle atteigne en peu d'instants son maximum d'intensité. Cependant il n'est pas absolument rare de voir la congestion naître tout d'un coup et amener une mort très prompte, parfois instantanée. Dans la plupart des cas pourtant le début de la maladie est plus

lent ; sa durée est rarement moindre de trois ou quatre jours ; la résolution est sa terminaison ordinaire. La poitrine reprend alors sa sonorité, tandis que la faiblesse du bruit respiratoire disparaît plus lentement. Dans quelques cas, une hémoptysie plus ou moins abondante succède aux signes de la congestion, et l'on voit souvent alors se former plusieurs noyaux apoplectiques dans le parenchyme de l'organe ; d'autres fois c'est une pneumonie qui se déclare ; mais ce dernier mode de terminaison de la congestion nous a paru être bien rare. La congestion pulmonaire brusque et portée à son plus haut degré peut, ainsi que nous l'avons déjà dit, causer la mort instantanément. M. le docteur Devergie regarde même cette cause de mort subite comme très fréquente, puisque, sur quarante cas observés par lui, vingt-quatre fois la mort avait été occasionnée par une congestion du poumon seule ou unie à une congestion cérébrale. C'est aussi ce que M. le docteur Lebert a parfaitement établi dans un excellent travail qu'il a inséré dans les *Archives générales de médecine* pour l'année 1838. La mort s'explique ici par la suspension de la respiration et de la circulation dans les poumons, dont tout le système capillaire est engorgé.

Diagnostic. — D'après ce que j'ai dit, on voit qu'il est assez facile de reconnaître une congestion pulmonaire active ; car cette affection ne présente que peu de points de contact avec les autres maladies thoraciques, telles que la pneumonie au premier degré, la bronchite et l'œdème du poumon. Il importe beaucoup, pour le pronostic et pour le traitement, de déterminer si une congestion pulmonaire est essentielle ou si elle est symptomatique de quelque lésion organique, soit du cœur, soit des poumons. L'examen attentif des malades permettra, dans la plupart des cas, de le préciser. Le siége qu'occupe la congestion pourra d'ailleurs fournir quelque présomption sur sa nature. Ainsi on peut établir en règle générale que la plupart des congestions qui se forment dans le tiers supérieur des deux poumons se lient à l'existence de tubercules. Cette opinion acquiert d'autant plus de vraisemblance que la congestion récidive plus souvent, qu'elle survient spontanément sans cause appréciable, qu'elle persiste plus longtemps, enfin, qu'elle se juge ordinairement par une hémoptysie.

Pronostic. — Les considérations précédentes indiquent combien le pronostic de la congestion pulmonaire est variable. Lorsque celle-ci est simple, qu'elle survient chez un sujet bien portant à la suite de causes bien évidentes, elle n'a aucune gravité. Il en est tout autrement lorsque la maladie, tout-à-fait spontanée, se lie à l'existence de tubercules, car l'afflux insolite du sang qu'on constate alors dans un point du poumon révèle presque toujours un surcroît d'activité dans le travail morbide qui engendre les tubercules.

Etiologie. — Les congestions pulmonaires se rencontrent spéciale-

ment chez les personnes jeunes, c'est-à-dire de vingt à quarante ans. On les observe chez les sujets sanguins et pléthoriques, et peut-être plus fréquemment encore chez les individus d'un tempérament lymphatique et qui ont les attributs que nous indiquerons plus tard chez ceux qui sont prédisposés à la phthisie pulmonaire. Les maladies du cœur paraissent être une cause efficace de congestions actives. Nous ne savons rien de positif sur l'influence exercée par les professions. Il est, au contraire, bien constaté que les extrêmes de température, et surtout que les chaleurs de la canicule produisent un grand nombre de congestions pulmonaires; ainsi on a vu souvent la maladie survenir après une exposition trop longtemps prolongée ou à un froid intense ou à un soleil ardent. Chez d'autres la congestion a succédé à des excès alcooliques ou à l'inspiration du gaz acide carbonique, même dans les cas où l'asphysie n'a pas été complète. Les congestions sanguines actives des poumons ont fréquemment lieu dans le cours de certaines maladies ; je citerai en particulier les tubercules pulmonaires, les maladies du cœur, et suivant Avenbrugger et Corvisart, les fièvres éruptives dans leur stade d'invasion, circonstance que je n'ai pas encore suffisamment vérifiée.

Traitement. — La saignée générale est le moyen par excellence pour combattre la congestion pulmonaire. On y joindra, si c'est nécessaire, la série des moyens dont nous avons parlé précédemment dans les généralités.

Beaucoup de personnes blâment l'emploi des révulsifs sur les parois de la poitrine, car, loin de combattre la congestion, elles regardent au contraire ces agents comme devant l'augmenter. Je ne partage pas ces craintes, car des faits nombreux m'ont démontré qu'un des meilleurs moyens de combattre les congestions actives, qui ont résisté aux saignées générales et aux dérivatifs sur le tube digestif, consiste dans l'application des ventouses sèches ou scarifiées sur les parois de la poitrine, ou bien enfin d'un ou plusieurs vésicatoires volants.

CONGESTION PASSIVE DES POUMONS.

Les poumons sont, de tous les organes de l'économie, ceux qui sont le plus souvent le siége de congestions passives. Celles-ci ont de la tendance à se produire dans le cours de presque toutes les maladies aiguës ou chroniques, et généralement chez tous les sujets débilités par une cause quelconque. A mesure, en effet, que la puissance vitale vient à s'affaiblir, les lois physiques reprennent peu à peu tout leur empire; la circulation languit et le sang obéissant aux lois de la pesanteur, stagne dans les poumons, et engorge les parties déclives de ces organes. Telle est l'origine de la plupart des engorgements sanguins qu'on remarque à la base et sur le bord postérieur des poumons.

Anatomie morbide. — Les parties ainsi congestionnées sont bleuâtres ou livides à l'extérieur, elles surnagent incomplétement quand on les plonge dans l'eau, leur pesanteur spécifique est augmentée, et leur tissu crépite moins; lorsqu'on les incise, il s'en écoule une plus ou moins grande quantité de sang noir, fluide, et un liquide séreux, rougeâtre, peu aéré. En général le parenchyme engoué n'est point friable, cependant le contraire a souvent lieu par suite de la macération du tissu produite par la grande quantité de liquides qui le pénètrent. Mais dans ces cas, il suffit de malaxer la portion engouée sous un filet d'eau, et de la priver par expression de tous les liquides qui la pénètrent, pour lui rendre sa couleur et sa consistance normales. Cependant il n'est pas très rare, nonobstant cette opération, de voir le poumon rester encore plus ou moins friable, et il devient alors impossible, d'après la simple inspection cadavérique, de distinguer l'engouement simple de la pneumonie au premier degré. L'engouement est d'autant plus considérable que les parties sont plus déclives. Il est en rapport avec le décubitus que les malades ont adopté pendant leur vie. Ainsi chez ceux qui sont restés habituellement couchés sur le dos, l'engouement occupe le bord postérieur et la base des poumons; l'un de ces organes est plus engoué que l'autre lorsque les malades ont été plus inclinés d'un côté. Chez ceux qui ont été obligés de rester longtemps couchés sur le ventre, le bord postérieur est souple, tandis que le bord antérieur ou tranchant seul est engoué. C'est à tort qu'on a considéré ces engouements comme étant toujours cadavériques; une observation attentive nous a appris, au contraire, que la plupart d'entre eux commençaient à se faire chez les sujets affaiblis à une époque plus ou moins éloignée de la mort, comme on peut aisément s'en convaincre à l'aide de la percussion et de l'auscultation. Ce fait d'ailleurs avait été parfaitement établi depuis longtemps par M. Piorry.

Symptômes, marche, durée, terminaisons. — Bien différentes des congestions actives, les congestions passives des poumons se forment toujours lentement, et c'est peut-être ce qui explique pourquoi, dans les cas mêmes où elles occupent un grand espace, elles ne s'accompagnent presque jamais, ni de dyspnée, ni de douleurs thoraciques, ni même d'accélération dans les mouvements respiratoires. Quelques malades toussent et rejettent des crachats séreux offrant parfois une teinte rougeâtre. L'exploration physique permet seule de reconnaître l'altération dont les poumons sont le siége. En effet, la percussion, qui ne fournit le plus souvent que des résultats négatifs dans les cas de congestion active, fait, au contraire, reconnaître ici une diminution plus ou moins considérable dans la sonorité de la poitrine. L'auscultation pratiquée dans le même point révèle aussi une diminution, et parfois même une absence complète du murmure respiratoire, du moins dans

les inspirations ordinaires, sans souffle bronchique ni aucune modification dans le retentissement de la voix. Dans la plupart des cas, il existe également du râle muqueux ou sous-crépitant en plus ou moins grande abondance. Ces phénomènes ont en général une durée longue; ils peuvent persister au même degré pendant plusieurs semaines.

Le plus souvent, l'engouement se termine par résolution; mais constamment j'ai vu le poumon reprendre très lentement toute sa perméabilité, ce qui s'explique par l'état d'asthénie des sujets. Dans un grand nombre de cas cependant le sang qui engorge les poumons agit comme un corps étranger, et finit par l'enflammer. J'ai, en effet, prouvé dans un autre ouvrage que la congestion passive des poumons était une des causes les plus puissantes des pneumonies qui surviennent si fréquemment dans le cours de la plupart des maladies aiguës et chroniques (1). C'est en raison de cette complication que les congestions passives des poumons doivent toujours être considérées comme une circonstance des plus fâcheuses.

Etiologie. — Les congestions passives pulmonaires surviennent sous l'influence des causes les plus débilitantes. On les observe, en effet, spécialement chez les individus affaiblis par l'âge ou une maladie grave, et qui ont conservé pendant longtemps le même décubitus. Ce sont également celles qu'on rencontre surtout chez les sujets atteints de maladies du cœur, et spécialement d'un rétrécissement des orifices et des cavités.

Traitement. — Il sera prophylactique et curatif. Pour prévenir les congestions passives des poumons, et pour les combattre quand elles se sont déjà déclarées, il faudra, comme le conseille M. le professeur Piorry, que les malades qui gardent habituellement le lit changent fréquemment de position. On devra les coucher alternativement sur le dos et sur les côtés, et les asseoir à leur séant, autant que les circonstances permettront de le faire.

Quant aux moyens médicaux à employer, ils devront beaucoup varier, suivant l'état symptomatique et dynamique des sujets. Je dirai tout d'abord que l'emploi des révulsifs cutanés, quels que soient leur nature et les points du corps où on les applique, m'ont paru être sans aucune utilité. La saignée est rarement praticable, à cause de l'état de faiblesse des sujets. Cependant lorsque la congestion pulmonaire survient chez des individus atteints de maladie organique du cœur, lorsque la stase sanguine des poumons est produite par la difficulté que le sang éprouve à revenir vers le cœur, lorsque l'abondance du fluide circulatoire n'est plus en rapport avec le peu de capacité des cavités cardiaques droites, il sera alors utile d'ouvrir une veine du bras. Dans ces cas, on

(1) *Traité pratique de la Pneumonie*, p. 179 et suiv.

voit la saignée produire quelquefois un dégorgement très rapide des poumons ; car si on explore la poitrine quelque temps après que le sang a cessé de couler, on trouve que le son est moins obscur, et que le murmure vésiculaire est moins faible. Dans les cas dont je parle, il sera également avantageux d'opérer une révulsion sur le tube digestif à l'aide de quelque purgatif. Enfin lorsque la faiblesse des malades est grande, lorsque leurs forces sont prostrées, il faudra recourir à l'emploi des stimulants et des toniques, si leur usage d'ailleurs n'est point contre-indiqué par la nature de la maladie que la congestion pulmonaire est venue compliquer.

CONGESTION DES ORGANES ABDOMINAUX.

Tous les organes contenus dans l'abdomen peuvent se congestionner d'une manière active ou passive : c'est ce que les ouvertures cadavériques démontrent. Toutefois il serait impossible, dans l'état actuel de la science, d'indiquer des caractères diagnostiques précis à l'aide desquels on pourrait reconnaître une congestion du pancréas, de la vessie, de l'estomac et des intestins, le rectum excepté ; mais comme la congestion de ce dernier organe se lie intimement à l'histoire des hémorroïdes, nous en parlerons en traitant de celles-ci. Il est également presque impossible de reconnaître pendant la vie l'hypérémie des reins. Si dans celle-ci l'urine est parfois albumineuse et contient des globules sanguins, ce ne sont là que des phénomènes qu'on peut rencontrer dans plusieurs autres états morbides des reins. Cependant lorsque leur début est brusque et qu'ils n'ont qu'une durée très courte, il sera naturel de les attribuer plutôt à une simple congestion qu'à tout autre état pathologique.

CONGESTION DU FOIE.

Le foie congestionné est plus volumineux et plus lourd, son tissu est parfois entièrement rouge ou faiblement mélangé de jaune, et à l'incision de l'organe on voit suinter une quantité considérable de sang. L'hypérémie peut être générale ou partielle ; dans tous les cas elle atteint surtout les granulations rouges.

Étiologie. — La congestion sanguine du foie peut être primitive et se développer sous l'influence de l'état pléthorique ; mais, dans la plupart des cas, cette hypérémie dépend d'une gêne dans la circulation cardiaque, comme on le voit dans la plupart des maladies organiques du cœur, et surtout dans les rétrécissements des orifices ou des cavités, ou dans les dilatations avec amincissement des parois.

Suivant la pratique de M. le professeur Andral, les hypérémies actives du foie ne seraient pas très rares, soit comme maladies primitives, soit

comme consécutives à d'autres affections et particulièrement à une phlegmasie des voies digestives ; chose fort douteuse pour nous.

Symptômes, marche, durée, terminaison. — Le foie congestionné, avons-nous dit, augmente de volume, c'est ce que prouvent la percussion et la palpation. La première fait voir que la moitié de l'organe s'étend, surtout perpendiculairement, dans une plus grande étendue ; par la palpation on constate, en outre, que le foie déborde le rebord costal d'un ou plusieurs travers de doigt, et on reconnaît la présence de l'organe dans ces points par la sensation qu'on a d'un *rebord tranchant, anguleux et oblique*. Les malades n'accusent, dans aucun cas, de la douleur et même de la pesanteur à l'hypochondre ; plus rarement encore, on voit survenir de l'ictère. La congestion hépatique peut, dit-on, exciter un mouvement fébrile qui pourrait persister plusieurs semaines. C'est là une opinion de M. Andral, toutefois on ne saurait se défendre, à cet égard, d'un sentiment de doute ; il nous paraît difficile, en effet, de ne pas croire alors à une phlegmasie plutôt qu'à une simple congestion.

L'hypérémie du foie a une durée très irrégulière ; elle peut se dissiper en quelques jours et même en quelques heures. Souvent une large saignée suffit pour amener une diminution considérable dans le volume de l'organe, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la palpation et la percussion. Cette diminution rapide peut avoir lieu spontanément à la suite d'un flux hémorrhoïdal. Dans les maladies du cœur, le foie peut aussi revenir à son état presque normal lorsque, par le repos et les faibles agents dont la thérapeutique dispose contre elles, on est parvenu à diminuer la gêne de la circulation. M. Andral est porté à croire que la congestion peut exister, d'une manière continue, pendant des mois et même des années, et donner lieu dans ces cas à des symptômes de dépérissement tels, qu'on doit soupçonner quelque altération organique du parenchyme hépatique. L'opinion de M. Andral est assez fondée, et semble confirmée par un fait curieux observé par M. Monneret, et que cet observateur distingué rapporte à la page 537, t. IV, du *Compendium*. Comme toutes les congestions, celles du foie sont très sujettes à récidiver.

Diagnostic. — Il serait impossible de diagnostiquer une simple congestion du foie, de la distinguer par exemple d'une hypertrophie, si on ne pouvait se convaincre que l'augmentation de volume du foie a été brusque ou du moins très rapide. La saignée générale qui amène généralement une diminution de l'organe par suite de la déplétion qu'elle produit dans le système circulatoire, sera aussi une circonstance qui démontrera, d'une manière certaine, que l'augmentation de volume du foie dépend d'une hypérémie, et nullement d'une cause organique.

Pronostic. — Les congestions hépatiques paraissent entraîner rarement du danger ; on ignore encore la part qu'elles ont dans la produc-

tion des lésions organiques du viscère. Elles peuvent quelquefois être suivies d'une hémorrhagie interstitielle dans le foie, mais celle-ci est fort rare et ne nous paraît avoir par elle-même aucune gravité, pourvu que les noyaux apoplectiques soient peu volumineux, peu nombreux et que la surface du foie ne soit pas déchirée.

Traitement. — Les saignées générales et les applications de sangsues sont les deux moyens les plus efficaces pour dégorger le foie. Les purgatifs, en excitant la sécrétion biliaire, peuvent agir de la même manière, mais leur action est moins certaine, et peut-être même si on les employait trop fréquemment, ou si on prenait les plus énergiques, produirait-on un effet contraire à celui qu'on se propose.

CONGESTION DE LA RATE.

La rate, par sa structure, est un organe éminemment disposé aux congestions. D'après l'opinion généralement reçue sur les fonctions de cet organe, qui paraît être, en effet, un diverticulum pour le sang, il est à présumer que des congestions doivent s'y former fréquemment; mais s'il en est ainsi, elles n'excitent aucun trouble dans l'économie. Les congestions véritablement morbides, celles que nous constatons ordinairement ne sont jamais primitives, mais on les voit survenir toujours dans le cours de plusieurs maladies; c'est ainsi que nous les avons vues à un très haut degré dans les fièvres typhoïde, intermittente, rémittente, et généralement dans toutes les maladies graves dans lesquelles le sang, ayant perdu une portion de sa fibrine, tend à stagner dans quelques uns de nos organes et surtout dans la rate. Mais nous n'avons pas à nous occuper ici de ces hypérémies qui constituent un des éléments des maladies dans lesquelles on les rencontre, elles ne doivent par conséquent être décrites qu'à propos de celles-ci.

CONGESTION UTÉRINE.

L'utérus paraît être de tous les viscères abdominaux de la femme celui qui se congestionne le plus fréquemment. Ces congestions, qu'elles aient lieu dans l'état de vacuité de l'organe ou pendant la grossesse, m'ont toujours paru être essentiellement actives. Elles sont caractérisées par une sensation de chaleur dans le bassin; il semble à ces femmes que le vagin et la vulve soient tuméfiés, elles éprouvent de la pesanteur vers le siége, des tiraillements aux aines, de la chaleur ou une véritable douleur à l'hypogastre et dans la région sacrée; quelques unes éprouvent des coliques utérines assez fortes, et semblables à celles qui accompagnent si souvent la dysménorrhée (voir cette maladie dans le tome II). Ces symptômes, quoique continus, s'exaspèrent de temps en temps. Si on touche

les femmes, on dit que l'utérus semble plus gros, plus lourd, et que le col et le vagin sont plus chauds que de coutume; souvent il existe un écoulement muqueux ou sanguinolent, l'urine est plus fréquente et ce liquide est ordinairement rendu avec cuisson. Ces signes de congestion peuvent se dissiper après un ou plusieurs jours, et dans un grand nombre de cas ils sont remplacés par l'apparition des règles ou par une véritable métrorrhagie qui, dans le temps de grossesse, est presque nécessairement l'avant-coureur prochain de l'avortement.

Les congestions utérines ne se remarquent guère que chez les femmes réglées ou chez les jeunes filles chez lesquelles la révolution menstruelle se prépare. Il y a, en effet, un assez grand nombre de femmes non réglées qui éprouvent périodiquement chaque mois les signes d'une congestion utérine qui se dissipe spontanément sans être suivie par aucun écoulement sanguin; chez la femme menstruée la congestion utérine succède souvent à une suppression brusque des règles ou à une excitation insolite des organes génitaux, etc. La congestion utérine est un accident également très commun dans les trois ou quatre premiers mois de la grossesse; elle est la cause la plus ordinaire des avortements qui ont lieu si fréquemment à cette période de la gestation; elle se développe quelquefois à l'occasion d'une émotion morale, d'une secousse, d'une chute, de rapprochements sexuels immodérés; le plus souvent elle a lieu spontanément sans cause appréciable, et à une époque correspondant aux périodes menstruelles. Les femmes sanguines, pléthoriques, celles qui sont d'ordinaire abondamment réglées, sont les plus sujettes à ce grave accident.

Traitement. — Lorsque la congestion utérine est survenue après la suppression des règles ou bien lorsqu'elle constitue pour ainsi dire un prodrome de l'époque menstruelle, il y a indication à provoquer l'écoulement sanguin qui doit être la crise naturelle de l'état congestif. C'est dans ce but qu'on conseillera l'emploi de pédiluves synapisés, de fumigations de vapeurs aqueuses vers la vulve, de lavements chauds d'armoise, de cataplasmes chauds qu'on placera sur les parties sexuelles; enfin, si ces moyens sont insuffisants, on appliquera des sangsues en petit nombre à la vulve.

Lorsque les congestions utérines, au lieu d'être, pour ainsi dire, le prodrome des règles, constituent au contraire un véritable état morbide survenant hors la période menstruelle, et spécialement dans l'état de grossesse, on devra leur opposer un traitement différent de celui que j'ai précédemment conseillé. L'indication ne consiste plus ici à favoriser une hémorrhagie, mais à la prévenir. Si la femme est forte et pléthorique, une saignée générale pourra être utile; on entretiendra la liberté du ventre, on fera prendre des bains frais ou tièdes, les malades éviteront de s'asseoir ou de se coucher sur la laine ou la plume. Si ces moyens

sont insuffisants, on appliquera des ventouses scarifiées sur la région sacrée et tout autour du bassin; ce mode d'évacuation sanguine m'a paru plus efficace que les sangsues qu'on met en pareil cas à l'anus et aux aines. Des auteurs ont regardé ces derniers moyens comme dangereux; toutefois leurs craintes ne sont pas fondées pourvu qu'on mette un assez grand nombre de sangsues afin d'opérer un dégorgement rapide. Dans les cas plus rebelles, on aura recours aux révulsifs rubéfiants et vésicants, aux injections froides et à l'emploi de la douche sur les régions lombaire et sacrée. Si la congestion affecte une femme grosse, on conseille de pratiquer de préférence plusieurs petites saignées d'une à deux palettes faites à certaines distances, plutôt que de tirer une grande quantité de sang à la fois. Pour peu qu'il existe alors des douleurs abdominales, surtout de ces douleurs qui tiennent à des contractions utérines, et qu'on reconnaît à leur intermittence et au sentiment de pesanteur et d'expulsion que les femmes éprouvent, on devra se hâter d'administrer un demi-quart de lavement contenant vingt gouttes de laudanum de Sydenham; trois quarts d'heure ou une heure après on renouvelle la dose, puis une troisième et même une quatrième si les accidents persistent. Cette pratique est très efficace et elle est surtout préconisée par le professeur Paul Dubois ainsi que par les docteurs Cazeaux, Chailly et Jacquemier. Dans les cas où la congestion se renouvelle à chaque époque menstruelle on tâchera de la prévenir en condamnant les femmes à un repos absolu sur un canapé pendant toute la durée de cette époque et pendant les trois ou quatre jours qui la précèdent et la suivent; on entretiendra la liberté du ventre, on prescrira quelques manuluves chauds, et si des signes de pléthore existaient, il serait convenable d'ouvrir la veine.

DEUXIÈME GENRE.

MALADIES PAR DÉFAUT DE SANG.

DE L'ANÉMIE.

Le mot *anémie* n'est jamais pris dans son sens étymologique rigoureux, car il exprimerait l'absence complète de sang; mais il sert à désigner, tantôt une diminution dans la masse totale du sang (*polyanhémie*), ou bien une diminution de ses parties solides, telles que la fibrine, le fer et les sels, tandis que la proportion du sérum est devenue plus considérable (c'est l'*hydrohémie*). Ces deux états morbides peuvent être confondus sous une dénomination commune et dans une même description; car ils déterminent les mêmes troubles fonctionnels, et ne peuvent pas toujours être distingués l'un de l'autre pendant la vie.

Historique. — L'anémie, confondue par les anciens avec diverses lésions organiques sous le terme générique de *cachexie*, n'a guère été décrite comme maladie spéciale que vers le milieu du siècle dernier par Lieutaud, et un peu plus tard par Hoffinger; mais son histoire a été surtout tracée par nos contemporains. Il me suffira de citer ici les travaux de Hallé, ceux de MM. Andral, Bouillaud, Marschall-Hall, Piorry, et l'article remarquable du *Compendium de médecine.*

Divisions. — On a distingué l'anémie en idiopathique et en symptomatique, suivant que l'altération du sang constitue toute la maladie ou suivant qu'elle est elle-même le symptôme d'une autre altération. On a encore admis une anémie *générale* et une anémie *locale*. On voit un exemple de cette dernière dans la décoloration, l'état de flaccidité et de langueur que présentent les membres qui ont été longtemps enveloppés d'appareils.

Anatomie pathologique. — On trouve à peine du sang dans le cadavre des sujets anémiques, ou s'il existe en quantité encore assez considérable, il est très séreux, d'un rose clair, et d'une densité moindre. Mais le caractère fondamental de l'anémie est, d'après M. Andral, dans la diminution des globules, qui, de 127, moyenne normale, peuvent descendre à 60, 50, 27, et même 21. Cette altération est constante. La fibrine, l'albumine et les autres principes solides du sang, qu'on a cru être pendant longtemps en proportion moindre, paraissent n'avoir subi aucune variation pathologique d'après les récents travaux de MM. Andral et Gavarret; mais cela n'a lieu que dans les cas où l'anémie s'est développée lentement. Lorsqu'au contraire celle-ci est rapidement produite par des hémorrhagies ou des saignées immodérées, il est commun de constater avec la diminution des globules une diminution également considérable dans la quantité de fibrine. Le sérum augmente dans la même proportion que les globules diminuent : il peut, en effet, de 790, moyenne normale, atteindre le chiffre de 915. Il est plus aqueux que de coutume, et contient moins de sels solubles. Marschall-Hall a vu quelquefois surnager à sa surface une substance semblable à de la crème, que Prout a reconnu n'être autre chose qu'une matière grasse : ce serait, d'après M. Hall, la graisse même des sujets, que l'absorption aurait transportée dans le torrent circulatoire. Le sang retiré du vivant de l'individu se concrète ordinairement en un caillot dense, fortement revenu sur lui-même, nageant dans une grande quantité de sérum incolore, et recouvert souvent d'une couenne aussi épaisse que s'il existait une pleurésie ou un rhumatisme. La présence de la couenne sur le sang des sujets anémiques, sans qu'il existe pourtant d'inflammation nulle part, est une circonstance remarquable, que Borsieri avait signalée, mais sur laquelle M. Andral a plus particulièrement insisté. La formation de la couenne s'explique d'ailleurs par la

constitution même des éléments du sang ; car nous avons vu que dans l'anémie il y a diminution des globules, tandis que la fibrine reste dans sa proportion normale, c'est-à-dire qu'il y a excès de fibrine par rapport aux globules. Or, toutes les fois, comme le dit M. Andral, que cet excès a lieu, qu'il soit relatif ou absolu, et que la coagulation de la fibrine n'est pas trop rapide, on verra ce principe s'accumuler seul à la surface du caillot, et la couenne apparaître. Voilà pourquoi le sang des anémiques peut être couenneux, tandis que celui des sujets pléthoriques ne l'est pas ; voilà pourquoi aussi, chez les premiers, le caillot est plus ferme et plus dense que chez les seconds.

Lorsque l'anémie dure depuis longtemps, le cœur et les vaisseaux sont revenus sur eux-mêmes; tous les tissus sont flasques, décolorés, exsangues; les poumons, légers et crépitants, ne sont point engoués à leur partie postérieure ; enfin de la sérosité infiltre souvent le tissu cellulaire des membres, et s'épanche même parfois dans les principales cavités séreuses.

Symptômes. — Les sujets anémiques sont remarquables par la flaccidité des parties molles et la couleur générale de la peau, qui est pâle, blafarde, ou plutôt qui a la couleur jaunâtre de la cire blanche qui a vieilli ; la conjonctive, la muqueuse de la bouche, celle des parties génitales, offrent la même décoloration ; on n'y reconnaît aucune ramification capillaire ; les veines sous-cutanées sont affaissées, presque vides ; souvent on ne les distingue plus, ou bien leur trajet se dessine à peine par une nuance violette extrêmement pâle. La percussion indique que le cœur a son volume normal, ou qu'il est plus petit; ses bruits sont quelquefois clairs, éclatants ; l'impulsion peut être vive, mais le plus souvent elle est faible, et on distingue fréquemment un bruit de souffle existant presque toujours au premier temps. L'auscultation des principales artères, comme les crurales et les carotides, pratiquée à l'aide du stéthoscope, fait également distinguer un bruit de souffle simple, continu, ou à *double courant ;* d'autres fois c'est un *sifflement modulé*, ou un *ronflement* particulier qui rappelle celui que donne, lorsqu'il est en mouvement, le jouet d'enfant que l'on appelle *diable*; de là le nom de *bruit de diable*, que M. Bouillaud a donné à ce phénomène. Ces bruits anormaux des artères, dont il est impossible jusqu'à présent d'expliquer le mécanisme, se produisent toutes les fois que la quantité de globules est très diminuée. M. Andral ne les a jamais vus manquer dans les cas où les globules étaient tombés au-dessous de 80. Au-dessus de ce chiffre, le bruit de souffle peut encore se produire, mais il n'est plus constant. Les sujets anémiques ont souvent des palpitations ; ils sont oppressés quand ils marchent, et ont quelquefois des syncopes; leur pouls est généralement faible, fréquent ; ils sont sensibles au froid ; ils ont de l'anorexie, des appétits bizarres ; leurs digestions sont pénibles, leurs

selles rares. Les urines, ainsi que M. Becquerel l'a constaté, sont pâles et ont peu de densité, en raison de la diminution des matières solides tenues en dissolution. La plupart accusent de la céphalalgie, et de temps en temps diverses douleurs névralgiques, qui siègent ordinairement aux tempes, à la face (névralgie faciale), à l'estomac (gastralgie), ou dans les parois thoraciques (névralgie intercostale), quelquefois dans les membres, comme Hoffinger l'observa chez les mineurs de Schemnitz. Les anémiques éprouvent souvent des vertiges, des bourdonnements d'oreilles; ils sont paresseux, nonchalants, incapables d'aucun travail intellectuel; quelques uns deviennent amaurotiques; d'autres ont des visions bizarres, des hallucinations et du délire. Ils ne peuvent supporter le moindre exercice; leurs yeux sont languissants, cernés; la face est bouffie; enfin, à une période avancée, les extrémités s'infiltrent, et de la sérosité s'épanche dans les principales cavités séreuses; mais malgré l'appauvrissement du sang, le corps conserve sa température normale (Andral). Dans l'un et l'autre sexe, les organes génitaux participent ordinairement à l'atonie de tout le système. Chez la femme, les règles sont peu abondantes, difficiles, douloureuses, ou même complétement suspendues, et remplacées presque toujours alors par de la leucorrhée; chez d'autres, au contraire, l'écoulement menstruel est plus abondant que de coutume; chaque époque est même marquée par une véritable métrorrhagie ou par une hémorrhagie supplémentaire, comme une épistaxis. Ces écoulements, qui aggravent toujours l'état des malades, ont le caractère passif.

Marche, durée, terminaisons. — La pâleur, la langueur et les troubles cardiaques sont généralement les premiers symptômes de l'anémie; cependant on a vu quelquefois la maladie être marquée à son début par des troubles intestinaux, comme coliques vives ou diarrhée (épidémie d'Anzin), ou par des douleurs excessives dans les membres ou les lombes (épidémie de Schemnitz de 1777).

L'anémie suit une marche plus ou moins rapide, suivant la cause qui l'a développée. Lorsqu'elle est produite par une hémorrhagie abondante qui désemplit soudainement le système sanguin, son début est nécessairement brusque, et elle arrive aussitôt à son summum d'intensité. Si, au contraire, elle est l'effet d'une ou plusieurs causes qui agissent lentement, elle a le développement et la marche d'une maladie chronique. Dans le premier cas, la durée peut être excessivement courte; dans le second, elle peut se prolonger pendant des mois et même des années entières; la convalescence est toujours longue. L'anémie est très sujette à récidiver. On dit que lorsqu'elle se prolonge elle favorise le développement des scrofules et des tubercules; mais on ne sait rien de précis à cet égard.

L'anémie peut se terminer par la mort; les uns meurent de syncope,

les autres sont emportés dans des mouvements convulsifs, très fréquents chez les sujets exsangues; quelques uns s'éteignent paisiblement; enfin, il y en a qui meurent d'une maladie intercurrente peu grave, et à laquelle ils eussent certainement résisté s'ils avaient eu plus de sang.

Diagnostic. — L'anémie offre des caractères tellement tranchés, qu'il est impossible de la confondre avec aucune autre affection. Nous n'avons point à nous occuper ici de son diagnostic différentiel d'avec la *chlorose*, car nous prouverons bientôt que celle-ci ne diffère point de l'anémie, et qu'elle n'en constitue tout au plus qu'une variété. L'anémie et l'hydrohémie déterminent la même pâleur des tissus et les mêmes troubles fonctionnels. Cependant on a prétendu qu'on pourrait distinguer ces deux états l'un de l'autre par le pouls, qui serait mou, faible, dans l'anémie; résistant et quelquefois dur, dans l'hydrohémie. Dans celle-ci les veines sont saillantes; dans la première, elles sont affaissées et ont disparu. Toutefois, ces caractères distinctifs appartiennent plutôt à deux degrés différents d'une même maladie qu'à deux affections distinctes. D'ailleurs, qu'il y ait anémie ou hydrohémie, les troubles fonctionnels, le pronostic et le traitement ne varient pas. Il arrive très souvent que les accidents cardiaques que présentent constamment les sujets anémiques sont rapportés à une affection organique du cœur. Il importe d'autant plus d'éviter cette erreur, que le pronostic et le traitement sont très différents dans les deux cas. L'état de décoloration, et la couleur jaune-cire de la peau, le peu de volume du cœur, les bruits artériels, les troubles digestifs et les accidents nerveux permettront toujours d'établir qu'il y a anémie. Mais celle-ci coïncide quelquefois avec une lésion organique du cœur; l'étendue de la matité, un bruit de souffle aux deux temps *ou au second temps* la feront redouter; mais souvent il est prudent de suspendre le diagnostic jusqu'à ce que, par un traitement rationnel, on ait fait disparaître les symptômes qui appartiennent à l'anémie.

Quoique l'anémie soit l'opposé de la pléthore, il arrive quelquefois pourtant que ces deux états sont confondus. Il n'est pas rare, en effet, de voir des sujets qui présentent déjà à un haut degré la diminution des globules et la plupart des accidents nerveux de l'anémie, et qui cependant, loin d'être pâles et d'avoir le teint couleur de cire, ont les joues colorées, injectées, et un aspect extérieur qui pourrait plutôt les faire croire pléthoriques. Cependant, si on considère la nature des accidents qu'ils éprouvent, accidents qui ne ressemblent nullement à ceux de la pléthore, mais bien à ceux de l'anémie; si on considère que la saignée, loin de les diminuer, les aggrave, on ne tardera pas à être éclairé sur la véritable nature de la maladie.

Enfin, le point le plus obscur du diagnostic consiste à rechercher si l'anémie est idiopathique ou symptomatique de quelque altération viscérale, on y parviendra par l'étude de toutes les fonctions et l'exploration

de tous les organes, ainsi que par le mode de succession et la marche de tous les symptômes.

Pronostic. — Si l'anémie n'est pas produite et entretenue par une maladie incurable, son pronostic n'offrira rien de grave, à l'exception pourtant des cas où la faiblesse est excessive et les syncopes fréquentes.

Causes. — L'anémie affecte surtout les jeunes sujets, les femmes et les filles plus fréquemment que les hommes; les individus lymphatiques y sont plutôt prédisposés que ceux appartenant aux autres tempéraments. La maladie est souvent l'effet de causes débilitantes, telles que des peines morales, une alimentation grossière, insuffisante, un séjour prolongé dans des lieux bas, humides, non aérés et privés de lumière. Ce sont ces conditions réunies qui expliquent le développement de la maladie sur un grand nombre d'individus à la fois; c'est ce qu'on a vu au commencement de ce siècle chez les mineurs d'Anzin, et dans le siècle dernier chez ceux de Schemnitz en Hongrie. Les hémorrhagies traumatiques ou spontanées sont les causes les plus directes de l'anémie. Celle-ci est surtout la suite des hémorrhagies intestinales, des gastrorrhies et des métrorrhagies. L'abus des saignées dans le traitement des maladies, une diète prolongée, ont le même effet.

Nous avons dit que l'anémie pouvait dépendre de causes organiques; c'est ainsi que des lésions viscérales graves, et spécialement les tubercules pulmonaires et intestinaux, la maladie de Bright, la cirrhose, certains cancers, par suite de la modification profonde qu'ils impriment à la nutrition, peuvent commencer par produire l'anémie. Il en est de même des fièvres intermittentes prolongées et de l'exposition aux émanations saturnines.

Traitement. — Pour traiter convenablement l'anémie, il faut commencer par éloigner les causes qui ont déterminé la maladie. Ainsi, lorsqu'il existe une hémorrhagie, il faut s'en rendre maître, et si l'anémie dépend des mauvaises conditions hygiéniques, il faut changer celles-ci. On s'occupera ensuite de réparer le sang, d'augmenter sa masse et la proportion de ses principes vivifiants. On y parviendra par l'emploi d'un régime analeptique, qu'on devra graduer et proportionner aux forces de l'estomac. Les malades habiteront un lieu sec, aéré, exposé au soleil. Les fonctions de la peau seront excitées par le massage, les frictions sèches, aromatiques, par les bains de mer, les bains sulfureux et ferrugineux. On a conseillé aussi l'usage à l'intérieur de plusieurs médicaments, tous pris dans la classe des toniques, tels que le quinquina, la gentiane, la gomme kino, l'écorce de chêne, les vins généreux. Mais les préparations ferrugineuses sont, après le régime, le moyen le plus efficace pour combattre l'anémie. On emploie surtout la limaille, le fer réduit par l'hydrogène, le sous-carbonate (1 à 4 grammes par jour) ou le lactate. Dans ces derniers temps, on a beaucoup vanté les pilules de Vallet, qui

ne sont autre qu'un mélange de : sulfate de fer cristallisé pur 500 grammes, carbonate de soude 580 grammes, miel 300 grammes, sirop de sucre quantité suffisante; on fait des pilules de 2 décigrammes, et on en prend de 2 à 10 par jour. Beaucoup préfèrent les pilules du docteur Blaud, formées par un mélange par parties égales de sulfate de fer et de sous-carbonate de potasse. (ana. 10 grammes, gomme adragant quantité suffisante; diviser en 50 pilules; en prendre de 1 à 30 par jour).

Les ferrugineux ne remédient pas seulement à l'état anémique; mais ils constituent encore le traitement le plus efficace à opposer aux accidents nerveux, et notamment aux douleurs névralgiques de la tête et aux crampes d'estomac. Les hémorrhagies passives qui surviennent quelquefois pourront bien indiquer l'emploi momentané de quelques autres agents; mais les ferrugineux peuvent seuls en prévenir le retour, en remédiant à l'état du sang qui les produit. Il faut, autant que faire se pourra, ne point saigner les sujets anémiques; on s'en abstiendra surtout pour combattre les accidents dépendant de l'anémie elle-même; et si quelque phlegmasie grave venait à en indiquer l'emploi, on devrait le faire avec mesure, et en proportion avec les forces du sujet.

DE LA CHLOROSE OU PALES COULEURS.

C'est à tort que la plupart des médecins considèrent encore la chlorose comme une affection distincte de l'anémie; quant à nous, nous ne saurions voir entre elles aucune différence capitale. D'après tous les auteurs, en effet, on observe dans la chlorose la flaccidité des chairs, la pâleur verdâtre ou jaunâtre de la peau, qu'on a aussi comparée à la couleur de la cire blanche qui a vieilli. Il y a de l'essoufflement, des palpitations, un bruit de souffle à la région du cœur, un bruit de souffle simple ou musical, un ronflement, ou un bruit du diable dans les artères principales; le pouls est petit; plus souvent encore il est ample et dur, comme dans l'hydrohémie; il y a des lypothimies et des syncopes. L'appétit est diminué ou perverti, dépravé; il y a de la dyspepsie, des aigreurs, des douleurs de nature névralgique à la tête, aux tempes, à la poitrine; l'estomac est surtout le siége de tiraillements et de crampes. Ces douleurs sont remarquables par leur mobilité et leur siége inconstant; les malades sont tristes, abattues, nonchalantes, et évitent toute espèce de mouvement. Le sang présente dans sa constitution tous les changements que nous avons précédemment trouvés dans l'anémie. Personne ne saurait méconnaître dans ce tableau les caractères de l'anémie, tels que nous les avons tracés tantôt. Seulement ayant fait de la chlorose une maladie spéciale à la femme, et affectant surtout les jeunes filles à peine nubiles, on a noté, comme étant à peu près constants, des troubles utérins, tels que l'aménorrhée, la dysménorrhée, les écoule-

ments leucorrhéiques; cependant il n'est pas rare de trouver la menstruation parfaitement régulière, le sang perdu est seulement plus pâle, enfin, dans quelques cas, il existe de temps en temps de véritables pertes qui ont toujours pour effet d'augmenter l'état anémique. Ces troubles de la menstruation et ces écoulements blancs excitent ou augmentent les accidents nerveux que l'appauvrissement du sang déterminait déjà, et qui doivent être ici d'autant plus marqués que le sexe et la constitution y prédisposent davantage. Mais, comme on le voit, il n'y a là rien qui soit caractéristique, d'une affection distincte. Enfin, comme dernières preuves de l'identité des deux maladies, nous dirons que la chlorose marche et qu'elle se développe sous l'influence des mêmes conditions et qu'elle exige le même traitement que l'anémie. Les préparations ferrugineuses sont, en effet, un spécifique pour celle-ci, comme elles le sont pour la première.

En résumé, il est incontestable que la chlorose n'est qu'une simple variété de l'anémie. Elle est donc essentiellement constituée, comme cette dernière, par un appauvrissement du sang, par la diminution des globules. Ceux qui en ont fait une affection distincte, sans pouvoir pourtant établir son diagnostic différentiel d'avec l'anémie, ont cherché à prouver que la chlorose était un état morbide consécutif à des troubles de menstruation ; mais des faits mieux observés ont démontré d'abord que ces accidents n'étaient pas constants, et que l'aménorrhée, la dysménorrhée comme les écoulements blancs, loin d'être la cause de pâles couleurs, en étaient au contraire la conséquence. On conçoit, en effet, que si le sang est appauvri et en quantité insuffisante, il cesse de se porter vers les organes génitaux aux époques accoutumées. La manifestation de la chlorose, consécutivement à un travail de la menstruation, comme le serait, par exemple, la suppression brusque des règles, ne prouverait rien contre l'opinion que je soutiens, car on peut voir la chlorose ou l'anémie survenir indifféremment après toute espèce d'état morbide. Nous ne croyons pas devoir discuter les autres hypothèses faites pour expliquer la nature de la chlorose, que les uns font dépendre d'une asthénie des organes génitaux (Roche), de celle du grand sympathique (Copland), ou des organes digestifs (Hoffmann); car aucune de ces théories ne s'appuie sur des données positives. Dans la chlorose, nous voyons tous les organes souffrir, toutes les fonctions languir ou être perverties, parce que le sang est moins abondant, et que ses principes stimulants ont diminué de proportion. C'est là la seule lésion matérielle qu'il nous soit permis de constater. Quant à la cause intime qui empêche la sanguification, elle nous échappe presque toujours, car elle est ordinairement tout organique. Les hypothèses précédentes, toutes ridicules qu'elles sont, ont pourtant exercé et exercent encore une grande influence sur la pratique de beaucoup de médecins. Les uns, en effet,

emploient les emménagogues et les applications de sangsues aux cuisses, pour rappeler les règles dont la suppression leur paraît être la cause de la maladie. D'autres conseillent le mariage pour réveiller l'activité des organes génitaux ; quelques uns, à l'exemple d'Hamilton, donnent des drastiques. Mais aucun de ces moyens ne remédie au véritable mal, et plusieurs même l'aggravent; tels sont surtout les évacuants et les émissions sanguines qui augmentent l'appauvrissement du sang. Quant au mariage, il ne peut être avantageux que lorsque la jeune fille devenue chlorotique par suite d'un amour contrarié, est unie à l'objet aimé. On conviendra que, dans ce cas, la satisfaction du cœur doit influer bien plus sur le rétablissement que le rapprochement sexuel, qui agit souvent comme débilitant plutôt que comme excitant.

Le fer est, comme pour l'anémie simple, le médicament par excellence; cependant, en raison de la prédominance plus grande de l'état nerveux et des troubles plus marqués qui existent du côté de l'estomac dans les cas de chlorose, on doit s'astreindre à certaines règles. Ainsi, comme le conseille M. Trousseau, on doit employer préférablement au début les préparations de fer insolubles, telles que le carbonate ou la limaille à la dose d'abord de 10 ou 15 centigrammes (2 ou 3 grains) aux deux principaux repas ; si le médicament est bien supporté, on arrive progressivement jusqu'à 1 et 2 grammes, et on continue jusqu'à ce que tous les symptômes de la chlorose aient entièrement cessé. Mais comme cette maladie est très sujette à récidive, il faut reprendre de temps en temps l'usage des martiaux pendant plusieurs semaines, de manière à assurer le plus possible une guérison définitive. Divers accidents forcent souvent à apporter certaines modifications dans le traitement : ainsi, lorsque l'irritabilité de l'estomac est telle que les préparations de fer ne peuvent être supportées, ou bien encore lorsqu'elles causent la diarrhée, il faut les associer à un extrait amer comme celui de gentiane ou à une poudre aromatique telle que celle de cannelle (1 gramme pour 2 de fer). Enfin on pourra suspendre momentanément le fer et on combattra alors les accidents nerveux par l'usage de l'opium, du sous-nitrate de bismuth, du columbo, du diascordium; ces trois derniers à la dose de 25 à 50 centigrammes avant le repas. Quand ces accidents sont calmés, on reprend l'usage des ferrugineux en commençant par de très petites doses. S'il existe une constipation très opiniâtre, on la combattra par des lavements légèrement laxatifs, ou bien on donnera des pilules ferro-aloétiques telles que M. Trousseau les formule, et contenant pour 75 centigrammes ou pour 1 ou 2 grammes de préparation ferrugineuse, 5 ou 10 centigrammes d'aloès. On préférera encore ici les sels solubles, citrate, tartrate ou perchlorure. Les pilules seront prises au moment du repas. L'usage de l'aloës serait contre-indiqué si la chlorose s'accompagnait de métrorrhagie; on pourrait alors le remplacer

par la rhubarbe ou par de la magnésie que les malades prendraient le soir en se couchant. Cette dernière substance convient aussi beaucoup quand il y a pyrosis; celui-ci fait que quelquefois le fer est mal supporté. La chlorose, avons-nous dit, peut se compliquer de ménorrhagie; cet accident, sur lequel M. Trousseau a le premier appelé l'attention d'une manière spéciale, ne peut fournir qu'une indication secondaire; l'indication principale, première, est donnée par l'état chlorotique. Si la ménorrhagie ne survenait qu'à l'époque des règles, il faudrait profiter de l'intervalle des deux époques pour prescrire les ferrugineux à haute dose; car le seul moyen de prévenir une nouvelle hémorrhagie est de rendre le sang plus riche en globules. Cependant, si l'écoulement sanguin était trop considérable, il faudrait chercher à le modérer par les moyens que nous ferons connaître plus tard. (Voir *Ménorrhagie.*)

ANÉMIE DES ORGANES EN PARTICULIER.

Il est probable que de même que le sang afflue souvent vers les organes en plus grande abondance, il peut aussi s'y porter en quantité moins considérable qu'à l'état physiologique; de là résultent nécessairement des perturbations fonctionnelles. On sait, par exemple, que lorsque le sang cesse d'arriver au cerveau par suite d'un arrêt dans les contractions du cœur, il y a syncope, mort apparente; mais cet état morbide ne peut trouver sa place ici, car l'anémie du cerveau étant l'effet d'une affection du cœur, nous réservons de nous en occuper en traitant des névroses de ce viscère. On a expliqué certaines dyspnées, celles des chlorotiques, par exemple, par une anémie des poumons, mais rien ne justifie cette supposition; et dans l'état actuel de la science, nous ne savons absolument rien sur les anémies partielles, aussi nous abstiendrons-nous d'en parler davantage.

TROISIÈME CLASSE DE MALADIES.

DES INFLAMMATIONS.

DE L'INFLAMMATION EN GÉNÉRAL.

Les mots *inflammation*, *phlegmasie*, *phlogose*, sont des expressions métaphoriques (1) consacrées dans la science depuis un temps immémorial pour désigner un état morbide, le plus commun de tous, pouvant affecter presque tous les tissus vivants, et qui est caractérisé localement par la rougeur, la douleur, la chaleur et la tuméfaction d'une partie dans laquelle se produit aussi presque toujours quelque modification importante du travail nutritif, et souvent une sécrétion anormale. Cette maladie, pour peu qu'elle soit étendue ou qu'elle affecte un organe important, excite un appareil fébrile plus ou moins intense, et produit alors constamment une augmentation de la fibrine du sang.

• *Phénomènes locaux de l'inflammation.*—1° *Rougeur.* — La rougeur, qui forme un des caractères de l'inflammation, varie depuis le rose tendre jusqu'au pourpre le plus foncé, et même jusqu'au rouge bleuâtre et vineux. Elle est généralement d'autant plus intense que la phlegmasie est plus violente, et l'organe affecté plus vasculaire. Bornée d'abord à un petit espace, elle devient ensuite plus ou moins diffuse, ou bien elle est diposée par plaques, par zones, par arborisations, ou sous forme d'un pointillé plus ou moins fin. La couleur rouge peut être également intense partout et cesser brusquement; mais le plus souvent, plus prononcée dans un point que dans les autres, elle va en diminuant peu à peu jusqu'à ce que les parties reprennent leur coloration naturelle. L'inflammation affecte-t-elle un tissu membraneux, comme la peau ou une muqueuse, la pression du doigt fait momentanément cesser la rougeur, qui reparaît presque aussitôt qu'on a cessé de presser. La rougeur, dans l'inflammation, s'explique par l'afflux plus considérable du sang, d'où résulte une augmentation du volume des petits vaisseaux sanguins et l'accroissement du nombre de ceux qui deviennent perméables au liquide; c'est ce que Hunter, qui a écrit un admirable *Traité sur l'inflammation*, a démontré. Ayant sacrifié un lapin, après avoir fortement

(1) Inflammation, de *inflammare*, soit à cause de la chaleur des parties (Van Swieten), soit par suite de la ressemblance qu'on a trouvé entre cette maladie et les effets de la brûlure (Borsieri); — Phlegmasie, φλεγμασία (Hippocrate), de φλέγω, je brûle; — Phlogose, φλόγωσις (Galien), de φλοξ, flamme.

enflammé une de ses oreilles, il injecta la tête de l'animal et s'assura, après dessiccation, que l'oreille qui n'avait pas été enflammée était transparente, et qu'on pouvait voir parfaitement les vaisseaux qui se ramifiaient dans sa substance, tandis que l'autre était épaissie, opaque, et avait des artères beaucoup plus considérables.

2° *Douleur.* — La douleur qui accompagne l'inflammation varie depuis le plus léger accroissement de la sensibilité jusqu'aux souffrances les plus aiguës; son caractère diffère seulement beaucoup suivant les organes affectés. Ainsi, elle est généralement pongitive et très aiguë dans l'inflammation des séreuses, obtuse et gravative dans celle des parenchymes, moins vive dans l'inflammation des muqueuses que dans celle du tissu cellulaire, où elle a un caractère lancinant, ainsi que dans celle de la peau, où elle est remarquable par un mélange de brûlure et de prurit. Rarement intermittente, presque toujours continue, elle offre des exacerbations et des rémissions qui n'ont en général rien de régulier. Il n'y a aucun rapport entre la sensibilité normale d'une partie et la sensibilité morbide qu'elle acquiert pendant qu'elle est enflammée. Il est même remarquable que des organes, qui à l'état sain ne sont point sensibles ou le sont à peine, deviennent le siége des douleurs les plus violentes lorsqu'elles sont enflammées; c'est ce qu'on voit notamment pour les membranes séreuses. Les douleurs, dans l'inflammation, s'expliquent par la distension, la pression ou tout autre changement encore inconnu que les filets nerveux de la partie malade éprouvent. Indépendamment des douleurs propres à l'inflammation, les malades ressentent dans les parties affectées, des battements artériels plus violents que de coutume; mais il n'est pas vrai, comme on l'a dit quelquefois, que ces pulsations soient plus nombreuses que les contractions du cœur. La force insolite des battements tient au plus grand volume de la colonne sanguine, et probablement aussi à une augmentation dans l'action propre des artères. Enfin, dans les phlegmasies, la sensibilité spéciale des organes phlogosés est en général plus ou moins entièrement abolie; c'est ainsi que dans le coryza le malade cesse de percevoir les odeurs. Ailleurs, au contraire, la sensibilité spéciale est très exaltée; ainsi dans l'ophthalmie, et surtout dans l'iritis et la rétinite, l'impression de la lumière réveille les douleurs les plus vives.

3° *Chaleur.*—Le malade éprouve dans les parties affectées le sentiment d'une chaleur que le médecin apprécie par le toucher, et qu'on mesure exactement par le thermomètre. Toutefois, l'application de cet instrument n'a pas encore fourni des résultats bien uniformes. Je ne parlerai pas ici des expériences contradictoires de Hunter, qui n'avait eu, il est vrai, en son pouvoir que des instruments grossiers, je fixerai seulement l'attention sur les résultats de MM. Andral et Gavarret, qui ont trouvé que la température des parties enflammées augmentait, mais qu'elle ne différait

point de celle qu'ont les *parties profondes*. Ainsi un thermomètre appliqué alternativement sur un doigt affecté de panaris et dans l'aisselle, s'élevait à la même hauteur, tandis que, mis comparativement sur le doigt malade et sur un doigt sain, on observait une chaleur plus grande dans le premier que dans le second. Les expériences de MM. Becquerel et Breschet tendraient également à faire croire à une élévation assez considérable de la température dans les parties phlogosées. Quoi qu'il en soit, Hunter a prouvé par une expérience que l'inflammation communiquait à la partie qu'elle affecte une grande puissance de calorification, et partant beaucoup de résistance au refroidissement. Cet illustre observateur ayant d'abord fait congeler l'oreille d'un lapin, y développa ensuite un travail inflammatoire; puis l'ayant soumise encore à un froid aussi intense et aussi prolongé que la première fois, il ne put parvenir à la congeler de nouveau. L'élévation de la température des parties enflammées, qui d'ailleurs n'est jamais aussi considérable que le ferait croire l'application de la main et les sensations éprouvées par le malade, s'explique plus naturellement par l'afflux du sang dans les parties affectées que par suite d'une action occulte de la force vitale. Nous ne dirons rien de l'état électrique des parties phlogosées, parce que les expériences qu'on a faites jusqu'à présent ne présentent encore aucun degré de certitude.

4° *Tuméfaction.* — La tuméfaction, peu marquée dans les tissus membraneux, comme la peau et la muqueuse, nulle même dans l'inflammation des séreuses, est considérable dans celle qui affecte le tissu cellulaire ou les organes parenchymateux; elle dépend d'abord de la plus grande quantité de sang que les parties contiennent, et plus tard de l'infiltration des tissus subjacents, par de la sérosité ou la production dans les parties malades de pus ou de lymphe coagulable.

5° *Modification du travail nutritif.* — Les organes enflammés augmentent de volume comme nous l'avons vu, ils sont plus lourds, plus durs au toucher; néanmoins le tissu est devenu cassant, plus friable ou manifestement ramolli.

6° *Sécrétions morbides.* — Le premier effet de l'inflammation des organes sécréteurs est de diminuer ou de suspendre leur sécrétion naturelle; c'est ainsi que la peau, les muqueuses, les séreuses présentent un état de sécheresse fort remarquable au début des phlegmasies; les reins cessent de sécréter l'urine, etc. Mais bientôt le travail de sécrétion ou d'exhalation se ranime et peut devenir excessif, ce sont alors tantôt les humeurs naturelles qui ont subi certains changements; le plus souvent ce sont des produits nouveaux, nés du travail inflammatoire; ainsi du sang ou quelques uns de ses éléments, comme la matière colorante ou la fibrine peuvent être exhalés. Mais dans la plupart des phlegmasies il y a production d'une lymphe plastique, fibrino-albumineuse qui se présente sous différents aspects suivant les tissus; ainsi, dans les séreuses,

elle forme des masses floconneuses qui nagent dans une sérosité trouble ; dans les muqueuses, elle se concrète sous forme de plaques membraneuses ; enfin, épanchée dans l'épaisseur des parenchymes, elle en augmente l'épaisseur, la densité, et fait que, lorsqu'on incise ces parties, la surface de la section ressemble à celle d'un citron. Quand l'inflammation poursuit sa marche, un autre liquide très important à connaître est produit : c'est le *pus*, dont nous parlerons bientôt.

De tous les phénomènes locaux que nous venons de passer en revue, il n'en est aucun, si ce n'est la production de la lymphe plastique et du pus, qui, pris isolément, puisse caractériser une inflammation, car chacun d'eux peut exister indépendamment de tout état phlegmasique. Pour terminer maintenant tout ce qui se rapporte aux phénomènes locaux de l'inflammation, nous allons faire connaître les résultats fournis par l'examen microscopique.

Expériences microscopiques. — Elles ont été entreprises d'abord par Wil. Philips, puis par Thomson, par Charles Hastings, par Kaltenbrunner, Koch, et récemment par M. Dubois d'Amiens, qui, riche des faits de ses devanciers et de ses propres observations, a conclu dans ses *Prélecons de pathologie expérimentale* que, dans une inflammation qui s'établit, il n'y a pas toujours, comme on l'avait prétendu, mais seulement quelquefois, accélération dans les courants capillaires ; puis, et dans tous les cas, on voit ces mêmes courants éprouver un ralentissement de plus en plus manifeste ; plus tard, enfin, on observe dans le mouvement circulatoire une rémittence plus ou moins marquée. Ainsi, au lieu d'une projection uniforme et continue, les globules sanguins avancent par saccades isochrones au mouvement du cœur, puis s'arrêtent un instant pour avancer de nouveau. Mais il arrive un moment où la colonne sanguine, ainsi que Kaltenbunner l'avait parfaitement établi déjà, éprouve des mouvements d'oscillation ou de va et de vient isochrones à la systole et à la diastole ; néanmoins même à cette période le sang continue encore à avancer ; mais bientôt les oscillations deviennent de moins en moins perceptibles, puis tout mouvement cesse dans cette partie du système capillaire où les globules s'accumulent et se tassent. Ces résultats, à l'aide desquels on s'élève facilement à une théorie de l'inflammation, s'obtiennent en plaçant sous un microscope le mésentère ou la membrane interdigitale d'une grenouille qu'on irrite avec l'ammoniaque, le sel, l'eau bouillante, etc. ; ce qui, pour le dire en passant, démontre combien est peu fondée l'opinion de M. Robert-Latour qui a prétendu prouver que l'inflammation ne pouvait se développer sur les animaux à sang froid. L'inspection microscopique révèle encore, dans les parties malades, la formation de vaisseaux nouveaux. Kaltenbrunner a surtout étudié avec soin leur mode de développement. D'après cet observateur on verrait, quand la circulation est accélérée,

des globules de sang sortir tout d'un coup d'un canal capillaire, tomber dans le parenchyme environnant, s'y frayer un chemin et arriver à quelque autre canal capillaire. La formation de ce nouveau conduit se fait souvent en peu d'instants; ce phénomène, se répétant sur plusieurs points, finit bientôt par donner lieu à un riche réseau de capillaires nouveaux.

Symptômes généraux et sympathiques de l'inflammation. — L'inflammation, pour peu qu'elle soit intense ou étendue, excite un mouvement fébrile qui offre des caractères très variés dans les divers genres de phlegmasies, ainsi qu'on s'en convaincra par la suite. L'appareil fébrile précède dans quelques cas l'altération locale; c'est ce qui arrive, par exemple, pour quelques érysipèles et quelques angines; mais presque toujours la fièvre naît consécutivement à la lésion locale, d'autres fois enfin il y a simultanéité; c'est ce qui a communément lieu pour les inflammations des séreuses et du poumon. Indépendamment des troubles fonctionnels qui accompagnent tout mouvement fébrile, on pourra également en observer quelques uns de spéciaux et qui dépendent de l'influence sympathique exercée spécialement sur telle ou partie par l'organe enflammé. Les forces de la vie sont tantôt excitées, tantôt anéanties; dans le premier cas, on observe l'appareil de symptômes de la fièvre inflammatoire; dans le second, les malades tombent dans l'état de faiblesse et de prostration qui accompagne l'état typhoïde. Cette distinction est importante, sans contredit, pour le traitement, mais il ne faudrait pas croire pourtant que la maladie ait par cela même changé de nature. C'est toujours, en effet, une inflammation; mais par l'effet de quelque complication ou d'un état antérieur du sujet, elle se présente avec une physionomie spéciale, escortée de symptômes particuliers.

Etat du sang. — MM. Andral et Gavarret ont constaté, depuis peu, que toute inflammation aiguë a pour effet constant d'augmenter la proportion de fibrine du sang. Ce principe, en effet, qui, comme nous l'avons dit, ne s'élève pas à plus de 3 parties sur 1,000 dans le sang normal, peut monter à 5, 7, 9, et même jusqu'à 10; il oscille ordinairement entre 6 et 8, et dépasse rarement 9; enfin M. Andral a vu que le chiffre le plus inférieur de l'état phlegmasique était 4. Cet accroissement de la fibrine, qu'on retrouve constamment dans les phlegmasies qui frappent l'homme et les animaux des classes supérieures, a lieu indépendamment de toutes conditions d'âge, de sexe, de constitution, de tempérament, de force. Elle est généralement en rapport avec l'intensité des symptômes généraux et locaux; elle paraît avoir lieu, du moins dans la plupart des cas, consécutivement à l'altération locale; car MM. Andral et Gavarret ayant examiné le sang d'individus qui contractèrent une inflammation un jour seulement après avoir analysé leur sang, ont trouvé que ce liquide, qui n'était pas altéré à la première

saignée, offrait à la seconde, pratiquée peu d'heures après l'invasion de la phlegmasie, une notable augmentation de la fibrine. L'élément globulaire du sang ne subit, par contre, aucun changement dans les phlegmasies; parfois pourtant il diminue, ce qui s'explique par le traitement débilitant auquel on soumet les malades; enfin l'albumine augmente quelquefois, mais non pas nécessairement. On voit donc que la seule altération constante du sang réside dans l'accroissement de la fibrine. Cette altération mérite d'être prise en considération: car on peut peut-être expliquer par elle les troubles variés de l'organisme consécutifs à l'altération locale, et qu'on attribue généralement à des irradiations sympathiques. Cet excès de fibrine par rapport aux globules explique aussi les propriétés physiques que présente dans les inflammations le sang qu'on a extrait d'une veine : ainsi tandis que nous avons vu dans les pyrexies le caillot être volumineux, mou, incomplétement séparé du sérum; ici, nous le trouvons au contraire rétracté, plus consistant, dense, et recouvert d'une couenne assez épaisse, pourvu toutefois que le sang ait coulé convenablement. La couenne a une grande valeur séméiologique. Il résulte, en effet, des recherches de M. Andral, que sur 1,800 saignées qu'il a fait pratiquer dans le cours des affections les plus diverses, il n'a trouvé la couenne que dans deux états morbides, dans les phlegmasies, où elle est constante, dans l'anémie et la chlorose, où on la rencontre fréquemment. Nous avons dit précédemment (p. 185) à quelle circonstance on devait attribuer la formation de la couenne dans ces deux dernières affections (1). Il suit de ce qui précède que si la couenne n'est pas d'une manière absolue un signe certain d'inflammation, elle n'en constitue pas moins un caractère excellent pour dénoter l'existence de cet état morbide, puisque, si le sujet n'est point anémique, on doit admettre, quand elle existe, qu'il y a quelque part un travail inflammatoire. Cependant l'absence de la couenne sur le caillot ne devait pas porter à croire que le malade n'est atteint d'aucune phlegmasie, attendu que la couenne, dans les inflammations les plus vives, peut ne pas se former si la saignée a mal coulé, ou a coulé par un jet trop fin, ou bien lorsque le sang est tombé de trop haut, ou bien encore lorsque le vase est trop étroit et trop profond : circonstances qui font que chaque molécule de sang se concrétant isolément, la fibrine n'a pas le temps de se séparer des globules et de se concréter au-dessus

(1) On a aussi noté, depuis longtemps, la fréquence de la couenne sur le sang des femmes enceintes. Cependant, ainsi que Rasori l'a vu, ce phénomène n'est pas aussi commun qu'on le croit. Les recherches récentes de MM. Andral et Gavarret ont, en outre, prouvé que la formation de la couenne dans l'état de grossesse tenait à une augmentation de la fibrine, qui, conservant d'abord la moyenne physiologique, et quelquefois lui étant inférieure, s'accroît dans les trois derniers mois, et atteint à l'époque de l'accouchement le chiffre de 4,3.

d'eux pour constituer la couenne, dont la nature fibrineuse est également démontrée par l'analyse chimique et par l'examen microscopique.

La production spontanée d'un excès de fibrine dans le sang est, ainsi que l'a prouvé M. Andral, indépendante des divers états dans lesquels peut se trouver l'économie chez les individus atteints de phlegmasie aiguë : ainsi nous avons vu qu'elle pouvait survenir même dans l'affection typhoïde, c'est-à-dire dans une maladie qui, à l'inverse de l'inflammation, tend à diminuer la proportion de fibrine. Mais comme, dans ces cas, il y a action de deux forces contraires, il s'ensuit que la phlegmasie intercurrente ne produit jamais une élévation aussi considérable de l'élément fibrineux que si l'inflammation était survenue en dehors de l'état typhoïde. Dans ces cas, en effet, M. Andral n'a jamais trouvé son maximum plus élevé que 5 1/2, qui est un des chiffres inférieurs de l'état phlegmasique.

L'excès de fibrine dans le sang persiste pendant un temps variable; on le constate généralement pendant toute la durée de l'état fébrile, à moins pourtant que la maladie persistant pendant longtemps n'amène un grand degré de marasme. Dans un cas pareil, M. Andral a vu la fibrine, d'abord augmentée, revenir plus tard à son chiffre normal. Le sang ne paraît subir aucun changement notable dans les parties enflammées; c'est du moins ce que Hunter a établi expérimentalement. Peut-être est-il un peu plus rouge que celui qui circule dans une partie saine, ce qui provient sans doute de la plus grande proportion de sang artériel contenu dans les capillaires de la première.

Marche des inflammations, modes de terminaison. — Les symptômes locaux et généraux de l'inflammation ont, comme dans toutes les maladies, leur période d'accroissement, d'état et de relâche, périodes qu'on distingue à l'aide des symptômes généraux et locaux; car, dans la plupart des cas, il y a corrélation intime entre les uns et les autres. En règle générale, on doit plutôt juger de l'intensité et de la marche des phlegmasies d'après les symptômes de réaction que d'après l'état local : celui-ci, en effet, reste souvent stationnaire en apparence, quoique la fièvre diminue et disparaisse; c'est ce que nous verrons notamment dans la pleurésie et la pneumonie. Le contraire a bien plus rarement lieu, et même on peut établir que lorsque la fièvre redouble en même temps que les symptômes locaux s'amendent, presque toujours on en trouve la raison dans une maladie intercurrente. L'examen du sang pourrait encore, indépendamment de la fièvre, donner la mesure du degré de la phlegmasie, puisqu'on voit la quantité de fibrine augmenter quand la maladie est en progrès, rester stationnaire quand la lésion locale cesse de s'accroître, et revenir enfin progressivement à son chiffre normal depuis le déclin des accidents jusqu'à la convalescence.

Commençant en général sur un point circonscrit, l'inflammation

s'étend ensuite presque toujours de proche en proche; plus rarement on la voit débuter simultanément par plusieurs points distincts, éloignés, qui en s'agrandissant convergent les uns vers les autres, et finissent par se réunir. L'extension se fait tantôt en surface, tantôt en profondeur, souvent dans l'un et l'autre sens : c'est ce qu'on observe notamment pour les parenchymes, tandis que dans quelques tissus membraneux, comme les séreuses, la phlegmasie ne s'étend qu'en surface sans se propager dans les tissus subjacents. L'inflammation, suivant qu'elle occupe un espace restreint ou qu'elle envahit de larges surfaces, est dite *circonscrite* ou *diffuse*. Il est impossible de reconnaître suivant quel mécanisme cette extension s'opère, ni pourquoi et comment la maladie se circonscrit. Cependant différentes causes naturelles semblent quelquefois borner une inflammation qui paraissait devoir s'étendre encore : ainsi on voit souvent celle-ci circonscrite par des sillons et des enfoncements, que la nature a disposés à la surface de quelques organes, comme le poumon, le foie, etc.; ailleurs c'est une aponévrose, un tissu cellulaire condensé qui forme une barrière. On peut dire aussi en règle générale que quand la phlegmasie se développe dans des organes composés de parties dissimilaires, elle reste souvent limitée au tissu primitivement affecté sans se communiquer aux autres. C'est ce qu'on voit, par exemple, pour les intestins, dont les tuniques muqueuse et séreuse peuvent être et sont presque toujours isolément enflammées. Le contact est également une cause qui limite beaucoup d'inflammations. C'est ainsi que plusieurs fois nous sommes parvenu à limiter une phlébite en exerçant à une certaine distance une compression sur la veine, de manière à rapprocher les parois, à les mettre en rapport. Cependant dans quelques cas le contact de deux surfaces enflammées a l'inconvénient d'entretenir l'inflammation indéfiniment : ainsi certaines posthites (inflammation du prépuce), certaines vaginites, avec sécrétion purulente abondante, sont certainement entretenues par le contact de la muqueuse avec elle-même; car il suffit de l'empêcher en interposant un morceau de linge sec pour tarir rapidement la sécrétion, et faire disparaître la rougeur et les autres caractères de la phlegmasie.

Après avoir parcouru toutes les périodes plus ou moins rapidement, l'inflammation se termine par *délitescence* ou par *résolution*, ou bien elle produit divers effets morbides qu'on décrit improprement sous le nom de *terminaisons*. Ces phénomènes consécutifs sont : la suppuration, la gangrène, l'ulcération, l'induration ou le passage à l'état chronique.

La résolution est la seule terminaison heureuse de la maladie. Elle peut être définie, avec Thomson, une terminaison dans laquelle tous les symptômes locaux et généraux se dissipent graduellement, sans qu'aucune évacuation sensible ait lieu ; la partie enflammée reprend alors son

état normal sans aucun dérangement dans son organisation ou ses fonctions. La résolution subite de l'inflammation, son avortement, quand elle n'a pas encore parcouru ses périodes, sa disparition rapide, sans laisser aucune trace dans les tissus, a reçu le nom de *délitescence*. Si dans ces cas on voit une maladie analogue ou tout autre accident se développer sur un point plus ou moins éloigné, on dit qu'il y a eu *métastase*. La délitescence n'est qu'une terminaison par résolution, survenant seulement beaucoup plus rapidement que de coutume, mais exigeant néanmoins encore un certain temps pour s'effectuer. C'est avouer par là que nous ne saurions admettre la délitescence telle qu'on la définit généralement, c'est-à-dire comme pouvant être un mode de terminaison de l'inflammation *vraie*, *confirmée*. En effet, un tissu gonflé, induré, ramolli, ne peut, d'un instant à l'autre, reprendre son état physiologique; la délitescence ne peut s'opérer que tout-à-fait au début, et lorsqu'il existe plutôt de l'hypérémie qu'une inflammation véritable.

La *suppuration* est une suite très fréquente de l'inflammation dans quelque partie du corps qu'elle se développe; elle est caractérisée par la formation d'un liquide particulier nommé pus, qui tantôt est exhalé à la surface des membranes libres, comme les muqueuses, les séreuses, la cavité des vaisseaux, et qui plus souvent est produit dans l'épaisseur des tissus, où il forme une collection plus ou moins considérable qui a reçu le nom d'*abcès*. Les auteurs regardent généralement la formation du pus comme étant annoncée par un redoublement dans la douleur, qui devient pulsative à tel point, dit Hunter, que le malade peut compter son pouls, en dirigeant seulement son attention sur la partie enflammée. La suppuration une fois déclarée, la douleur se dissipe en partie, elle devient obtuse, et des frissons se déclarent. Ces phénomènes se passent, en effet, dans les inflammations franches du tissu cellulaire, mais on cesse de les retrouver dans tous les cas d'inflammation membraneuse, et même dans presque toutes les plegmasies des parenchymes; car si on excepte l'hépatite et certaines formes de la néphrite, maladies dans lesquelles la suppuration produit les symptômes ordinaires du phlegmon, on ne retrouve plus les douleurs lancinantes comme indice d'une suppuration commençante : c'est ce que nous verrons notamment dans l'inflammation des poumons et du cerveau.

Le pus provenant d'une inflammation franche est d'un blanc jaunâtre, plus ou moins opaque, homogène, composé d'un liquide incolore, qui sert de véhicule à des globules blancs, sphériques, un peu frangés sur leurs bords, comme tomenteux à leur surface qui paraît crénelée, ponctuée ou ridée. Ils ont un centième de millimètre de diamètre, ils diffèrent, par conséquent, des globules du sang qui sont aplatis, par leur volume comme par leur forme, et des globules du lait par leur défaut de transparence au centre. Indépendamment de ces glo-

bules, le pus contient encore de petites granulations que les uns considèrent comme des noyaux de globules, que d'autres estiment devoir être des fragments d'albumine solidifiée. Le pus a une pesanteur spécifique d'environ 1030 à 1033; il a par conséquent moins de densité que le sang, et un peu plus que le sérum. Insoluble dans l'eau et l'alcool, soluble dans l'ammoniaque, il est généralement sans odeur quand il n'a pas encore eu le contact de l'air; il faut en excepter pourtant celui qui provient d'abcès situés dans le voisinage des voies digestives, depuis la bouche jusqu'à l'anus. Ces collections, en effet, quoique n'ayant en apparence aucune communication directe ou indirecte, soit avec l'atmosphère, soit avec les gaz contenus dans les organes digestifs, contiennent néanmoins un pus fétide exhalant tout-à-fait une odeur stercorale des plus repoussantes. Il est probable pourtant que, dans ces cas, il a dû s'opérer quelque phénomène d'endosmose à travers les membranes d'enveloppe du foyer. Le pus renferme souvent accidentellement diverses substances; ce sont surtout la matière colorante du sang, ou ce liquide en nature, des débris du tissu cellulaire ou des organes, au milieu desquels il s'est formé; ou bien encore divers produits de sécrétion naturelle ou morbide, etc. Le pus fétide contient en outre de l'hydrogène sulfuré (Bonnet, de Lyon), de l'ammoniaque et de l'hydrosulfate d'ammoniaque; il est alors alcalin, de neutre qu'il est naturellement. Enfin il est des pus particuliers, ne différant pas des pus ordinaires, ni par le microscope ni par les réactifs chimiques, bien qu'ils contiennent un principe virulent: tel est le pus de la morve, de la syphilis, des pustules varioleuses et vaccinales, etc. On a beaucoup discuté sur l'origine du pus; mais la seule opinion raisonnable consiste à regarder ce liquide comme un produit de sécrétion formé par les surfaces enflammées; il ne résulte donc pas, ainsi qu'on l'a dit, ni de la fonte des solides, ni d'une transformation du sang, et surtout de ses globules ou de la graisse. Mais, ainsi que cela a lieu pour toutes les sécrétions du corps, c'est le sang qui fournit les matériaux du pus aux dépens du sérum, qui, transsudant à travers les parois du réseau capillaire, éprouve aussitôt la modification qui le transforme en pus. Tout porte à croire que les globules sont constitués aux dépens de la fibrine qui est tenue en dissolution dans le sérum.

Nous avons dit précédemment qu'on rencontre le pus tantôt infiltré, tantôt réuni en un ou plusieurs foyers. Les abcès que nous rencontrons dans quelques viscères sont remarquables surtout par la rapidité avec laquelle le pus s'enkyste; en effet, l'abcès date-t-il à peine d'une semaine que souvent on trouve déjà les parois tapissées par une membrane pyogénique, très dense, formée aux dépens du tissu cellulaire et de la lymphe coagulable, qui s'est épanchée dans la première période de l'inflammation. Inutile de dire qu'on la retrouve toujours dans les

collections qui ont suivi une marche chronique. Les abcès qui appartiennent à la pathologie interne, en raison de leur siége profond, se fraient peut-être moins souvent une issue directe en dehors que par l'intermédiaire d'un organe creux. Dans quelques cas fort rares, le pus infiltré ou même réuni en foyer peut être résorbé; non que j'admette alors que les globules purulents sont résorbés en nature, supposition inadmissible quand on a égard à leur volume considérable; mais il y a probablement, comme le croit M. Bérard, un travail de dissolution qui les liquéfie et en permet l'absorption. Le pus retenu dans de vastes foyers, ou bien la suppuration continuant à se faire dans des foyers ouverts peut amener la mort, en produisant tous les symptômes de la fièvre hectique.

Gangrène. — La gangrène est une terminaison assez rare des inflammations qui sont du domaine de la pathologie médicale. La gangrène s'explique quelquefois par la violence de la phlegmasie ou l'obstacle qu'une compression extérieure a mis à son développement; mais presque toujours il faut invoquer l'action d'une cause spéciale ou spécifique. (Voir l'article *Gangrène.*)

Ulcération. — C'est une lésion consécutive des phlegmasies que Hunter, le premier, a étudiée avec soin. L'ulcération consiste en une solution de continuité produite presque toujours dans les tissus membraneux (peau et muqueuses), par une absorption interstitielle. On peut dire de l'ulcération ce que nous disions tantôt de la gangrène, qu'elle est rarement l'effet d'une inflammation franche. Presque toujours, en effet, celle-ci n'est produite que lorsque l'inflammation survient dans le cours de certaines diathèses, ou bien lorsqu'elle a dans sa nature quelque chose de spécifique.

Induration. — L'induration n'est autre qu'une résolution incomplète de l'engorgement inflammatoire. La douleur cesse, ou elle est alors moins continue et surtout moins vive; les signes de réaction s'éteignent; les malades peuvent reprendre les habitudes de la santé, à moins pourtant que la lésion n'attaque un organe important. De toutes les phlegmasies qui sont du ressort de la pathologie médicale, l'inflammation de l'utérus est celle peut-être qui est le plus souvent suivie d'induration.

Variétés de l'inflammation. — Les variétés de l'inflammation sont relatives à sa marche, à sa nature spécifique ou non et à son siége.

1° *Relativement à sa marche,* l'inflammation est distinguée en *aiguë* et en *chronique.* L'inflammation aiguë est remarquable par l'intensité des symptômes généraux et locaux et par la rapidité de sa marche: c'est à elle qu'il faut rapporter tout ce que nous avons dit jusqu'à présent; mais on a en outre distingué deux autres degrés dans l'inflammation qu'on désigne sous les noms d'inflammation *sur-aiguë* et *sub-aiguë.* La

première n'est autre que le degré le plus élevé de l'inflammation, c'est-à-dire caractères anatomiques très tranchés, violence des accidents, marche des plus rapides. Nous en avons vu précédemment un exemple dans la péritonite consécutive à la perforation intestinale. L'inflammation, au contraire, est dite *sub-aiguë* lorsque les symptômes offrent peu d'intensité et lorsque leur marche est moins rapide que dans les inflammations ordinaires. L'état sub-aigu forme pour ainsi dire la transition de l'inflammation aiguë à l'inflammation chronique.

L'inflammation chronique est celle dont la marche est lente, et dont les symptômes généraux et locaux sont très modérés. Tantôt primitive, tantôt consécutive à la forme aiguë, l'inflammation chronique est un état morbide dont on a beaucoup parlé et auquel on a rapporté pendant longtemps la plupart des lésions de nutrition, les transformations des tissus et presque toutes les productions morbides ; cependant rien n'est moins bien défini que ces mots: *inflammation chronique*. C'est ce qui explique pourquoi les uns en voient presque partout, tandis que d'autres, tout aussi peu sages, n'en trouvent nulle part et en contestent jusqu'à l'existence. Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de faire cesser une pareille incertitude. Nous dirons seulement que, pendant la vie, l'inflammation chronique, quand elle est simple, ne produit pas une augmentation de la fibrine ; la fièvre est souvent nulle ou peu intense, sujette à des variations nombreuses, et quand elle existe d'une manière permanente, elle offre les phénomènes et la marche que nous avons tracés précédemment en parlant de la fièvre hectique. L'inflammation chronique trouble constamment les fonctions de l'organe qu'elle affecte ; mais ces troubles n'ont, en général, rien de pathognomonique, car des lésions bien différentes peuvent les faire naître. Il en est de même de la douleur, qui peut manquer ou être intolérable sans néanmoins pouvoir fournir par elle-même aucune indication bien précise pour le diagnostic. Enfin la marche des accidents n'offre non plus rien de caractéristique et ne peut donner que des présomptions. Les tissus chroniquement enflammés ont perdu pour la plupart leur couleur normale ; ils sont ordinairement noirâtres, bleuâtres, gris ardoisé ; mais de même que la rougeur de l'état aigu, les diverses colorations ne sauraient jamais caractériser une phlegmasie existante ; elles ne peuvent signifier rien autre si ce n'est que la partie a été, à une époque plus ou moins éloignée, le siége d'une forte hypérémie et probablement d'une inflammation aiguë ; car la couleur bleue ou noire est une transformation de la couleur rouge, et résulte, comme l'a prouvé Hunter, du changement que le sang subit toutes les fois que ce liquide cesse de se mouvoir. Les tissus chroniquement enflammés ont tous subi quelque changement important dans leur nutrition, la plupart sont augmentés de volume ; ils sont indurés, plus résistants mais cassants, parfois ulcérés, mais on retrouve toujours

tous les éléments constitutifs de l'organe, et il est possible encore de les reconnaître et d'en déterminer la structure. Sous ce rapport, les désordres produits par l'inflammation chronique sont essentiellement différents de ceux qu'entraînent certaines transformations organiques qui détruisent l'organe et mettent à sa place un produit accidentel. Enfin, l'inflammation chronique peut produire la suppuration; le pus est toujours alors réuni en foyer.

L'inflammation a été aussi divisée en *simple* et en *spécifique*. Une inflammation est *simple*, dit Thomson, lorsqu'il n'y a rien de particulier dans la constitution de la personne qui en est affectée, ou dans la nature et le mode d'action des causes excitantes qui l'ont produite. Dans le cas contraire, l'inflammation est dite *spécifique* : ainsi les pustules varioleuses, les chancres syphilitiques, peuvent être considérés comme des phlegmasies spécifiques, en raison de la cause qui les fait naître, de leur marche et de la propriété contagieuse du pus qu'elles produisent. Les phlegmasies diphthéritiques, comme l'angine couenneuse, doivent encore être rangées parmi les phlegmasies spécifiques, non seulement en raison de la production pseudo-membraneuse, qui est un phénomène déjà insolite par lui-même, mais à cause aussi de la marche de l'affection, des symptômes généraux qui l'accompagnent, de sa propriété contagieuse, de sa reproduction facile et de l'efficacité de certaines médications. C'est aussi en raison de la cause spéciale qui les fait naître, de leur marche et du traitement qu'elles réclament, qu'on doit regarder comme spécifiques les inflammations qui accompagnent les fièvres intermittentes anomales, qui suivent la même marche qu'elles et sont attaquables par la même médication. Ainsi les inflammations spécifiques, au nombre desquelles on doit aussi comprendre la dysenterie, et peut-être quelques autres encore, sont remarquables en ce qu'elles ne peuvent jamais être produites par les causes générales des inflammations ordinaires; quelques unes ont une marche fixe, une terminaison invariable, et ne sont jamais modifiées par le traitement qui réussit généralement contre la plupart des phlegmasies. Mais doit-on aussi, comme le croit Thomson, classer dans les phlegmasies spécifiques celles qui, nées pendant certains états constitutionnels ou par leur influence, reçoivent de ceux-ci quelques caractères spéciaux, et exigent des modifications dans le traitement? Nous ne le croyons pas; car dans les cas dont nous parlons rien ne prouve que l'inflammation soit d'une autre nature que les phlegmasies simples. Rien, en effet, n'est changé dans son essence; seulement sa physionomie présente certaines particularités en raison d'une altération générale, d'un état constitutionnel ou d'une diathèse; il y a seulement ici complication, mais non pas précisément changement de nature.

Les inflammations diffèrent encore beaucoup entre elles relativement

à leurs symptômes et à leur marche, suivant les tissus et les organes qu'elles affectent : c'est ce dont on a pu juger précédemment ; mais on s'en convaincra mieux par la suite. Des considérations à ce sujet devant nous entraîner trop loin, nous nous bornerons ici à faire connaître les différences *anatomiques* qui distinguent les inflammations dans quelques uns des principaux tissus où nous les rencontrerons plus tard.

Dans les membranes muqueuses, l'inflammation produit toujours une coloration insolite d'un rouge plus ou moins vif quand la phlegmasie est aiguë, noire violacée ou grisâtre quand elle est chronique. Celle-ci est permanente ; la mort ne la diminue point ; tandis (et ceci est incontestable) que la couleur rouge peut diminuer plus ou moins dans les derniers instants de la vie, de manière à laisser peu de traces sur le cadavre. Mais pour peu que l'inflammation ait eu une certaine durée, elle entraîne après elle diverses altérations dans la nutrition du tissu membraneux, qui devient friable, ramolli, parfois aminci, plus souvent épaissi, grenu, mamelonné à sa surface, qui peut être tapissée par une exsudation crémeuse, couenneuse ou purulente. Enfin il peut exister des ulcérations qui tantôt siègent sur le tissu membraneux lui-même, et tantôt n'affectent que l'appareil folliculaire. Il est aujourd'hui incontestable que les membranes muqueuses enflammées peuvent sécréter du pus sans être ulcérées ; mais toutes ne produisent pas ce fluide avec la même facilité : ainsi il en est qui, sauf les cas où elles sont ulcérées, ne laissent peut-être jamais exhaler du pus : telle est, par exemple, la muqueuse des organes digestifs. Au contraire, le conduit auditif, la caisse du tympan, les sinus de la face, les voies pulmonaires, la conjonctive, le vagin, et surtout la muqueuse urétrale, sécrètent du pus avec une grande facilité.

L'inflammation des muqueuses, quelque intense qu'elle soit, ne détermine probablement jamais des adhérences contre nature ; celles-ci ne sont produites que dans le cas où il s'est formé quelque solution de continuité. Hunter paraît contester l'exactitude de cette proposition ; car il a avancé que, quand la phlegmasie est violente, elle amène une exsudation de lymphe coagulable qui produit l'adhésion des parois entre elles. Il dit l'avoir observée plusieurs fois dans l'intestin, notamment à la face interne d'une anse intestinale qui avait été étranglée dans une hernie. Mais est-il bien prouvé que dans ce cas la muqueuse n'eût pas subi une solution de continuité ?

Les membranes muqueuses, détruites par l'inflammation, peuvent se reproduire aux dépens du tissu cellulaire subjacent. La membrane nouvelle, plus pâle ou bien bleuâtre, n'a jamais la couleur de l'ancienne ; elle est dépourvue de velouté et de follicules, elle est lisse et ressemble à une membrane séreuse. Mais, au bout d'un temps plus ou moins long, elle acquiert toutes les propriétés des muqueuses, et il

devient impossible de distinguer alors la membrane de formation nouvelle, des parties environnantes. Ainsi, la cicatrisation des ulcérations des muqueuses, ne se fait jamais par rapprochement des bords, de manière à rétrécir l'étendue de la cavité. Ce mode de cicatrisation n'a lieu que lorsque la perte de substance frappe en même temps les tissus subjacents : telle est, par exemple, pour l'intestin et l'estomac, la destruction des tuniques muqueuse, celluleuse et musculaire.

L'inflammation des membranes séreuses est essentiellement caractérisée par la sécheresse et plus tard par la sécrétion d'un liquide purulent, ou d'une sérosité trouble, contenant en plus ou moins grande abondance une matière albumino-fibrineuse. Il n'y a ni épaississement ni rougeur. L'épaississement qu'on a cru exister quelquefois n'est qu'apparent et dépend de la concrétion de la matière épanchée ; il suffit, en effet, de la détacher pour trouver au-dessous d'elle la séreuse parfaitement lisse et polie. Si on l'examine en place, la membrane paraît véritablement rouge et injectée, mais cette coloration ne lui appartient pas ; elle dépend en effet du tissu cellulaire subjacent, car si on détache la séreuse avec soin, sans entraîner le tissu cellulaire qui la double, on ne parvient à découvrir aucun réseau vasculaire. Cependant je n'oserais affirmer qu'il en soit toujours ainsi, car maintes fois il m'a paru que l'injection sanguine avait pénétré le tissu même de la membrane ; cela se remarque surtout dans les phlegmasies anciennes. D'ailleurs, il résulte d'une pièce pathologique vue par M. Roux, en Italie, et des recherches récentes de M. Bourgery, que les membranes séreuses sont susceptibles d'injection, c'est-à-dire qu'on peut voir, d'une manière distincte, des vaisseaux sanguins dans leur épaisseur (Dubois, d'Amiens). L'inflammation qui rend quelques séreuses friables et cassantes (arachnoïde, péritoine), n'altère point la consistance de quelques autres (plèvre et peut-être péricarde). La phlegmasie des séreuses est essentiellement adhésive. Les adhérences se font au moyen de la matière fibrino-albumineuse, qui se concrète, se pénètre rapidement, parfois au bout de peu de jours, de vaisseaux sanguins, et subit à la longue diverses transformations. Elle finit enfin par constituer des brides celluleuses et fibreuses qui réunissent entre elles les points opposés de la séreuse. D'autres fois, elles ne forment que des plaques opaques ayant beaucoup d'analogie avec l'albumine de l'œuf, plaques qui souvent ne sont qu'appliquées à la membrane, car on peut les soulever et les détacher entièrement sans détruire le poli de la séreuse. Les inflammations dont je parle sont encore remarquables par l'acuité de leurs symptômes, par leur marche rapide et par leur peu de tendance à se terminer soit par ulcération, soit par gangrène.

Nous ne croyons pas devoir pousser plus loin l'étude de l'inflammation dans chaque tissu ; car plus tard nous consacrerons des articles spéciaux aux phlegmasies des tissus nerveux, artériel, veineux, muscu-

laire, etc. Les inflammations parenchymateuses se présentent avec des caractères si variés, en raison de la diversité d'organisation des parties, qu'elles ne peuvent se prêter à aucune généralité. Enfin l'inflammation de plusieurs autres tissus, comme celui des os, ne doit point nous occuper, et rentre dans le domaine de la chirurgie.

Diagnostic. — Les phlegmasies extérieures sont toujours d'un diagnostic facile; il n'en est pas de même de celles qui sont profondément cachées; car quelquefois elles ne trahissent leur existence que par des troubles sympathiques, comme la fièvre, sans exciter des symptômes locaux. Dans ces cas obscurs, on peut tirer grand avantage des recherches de MM. Andral et Gavarret sur le sang : ainsi lorsqu'on trouve que la proportion de fibrine est plus considérable, lorsque le sujet n'étant point chlorotique on voit le caillot se recouvrir d'une couenne épaisse, il faut en conclure qu'il existe une phlegmasie quelque part, et l'on doit alors chercher à en préciser le siége par l'exploration attentive de tous les organes, de toutes les fonctions.

Sur le cadavre, il faut bien se garder de conclure à l'existence d'une inflammation d'après la considération d'un seul caractère : nous avons dit et nous répétons encore ici, que la rougeur, quelque vive qu'elle soit, est un signe trompeur et toujours insuffisant. Au contraire, une exsudation plastique, fibrino-albumineuse, est un signe certain, pathognomonique. Je n'ose en dire de même de la suppuration; car le pus n'indique pas nécessairement la préexistence d'un travail inflammatoire dans le lieu où on le trouve. Quelquefois, en effet, il semble n'y avoir été que déposé : c'est ce que nous avons vu pour maints abcès consécutifs de la variole; c'est aussi ce que nous verrons plus tard en traitant de la phlébite.

Ce serait le lieu de dire ici en quoi l'inflammation diffère de l'irritation, mot qui pendant quinze ans a fait la fortune d'un système. L'irritation était définie par Broussais : *la contraction portée au-delà de certaines limites*; par M. Roche, l'un de ses élèves les plus distingués : *une augmentation de l'action organique moléculaire d'un tissu.* L'irritation était un état maladif résultant de la propriété qu'ont les tissus vivants d'être impressionnés par les stimulants : ainsi quand on introduit 5 centigrammes d'émétique dans l'estomac, qu'on excite la sécrétion folliculaire de la muqueuse et la contraction de la tunique musculaire, on produit le phénomène de l'irritation. L'irritation était un état pathologique primordial qu'on voyait partout et par lequel tout s'expliquait, suivant le point où on le faisait agir. L'irritation n'était pas encore l'inflammation, mais elle en constituait le premier degré; car lorsque, agissant sur les capillaires sanguins, elle déterminait les phénomènes locaux caractérisant l'inflammation, on disait que l'irritation était inflammatoire. L'inflammation était, en d'autres termes, l'irrita-

tion avec appel plus considérable de sang que des autres fluides ; tandis que la subinflammation était l'irritation avec appel plus considérable de fluides blancs que des autres fluides. Je ne poursuivrai pas davantage la démonstration de ces idées, aujourd'hui vieillies d'un siècle, et qui ne peuvent plus que figurer dans l'histoire des erreurs de la science. J'ai seulement voulu définir à ceux qui entrent dans la carrière le mot qui avait servi à un homme d'un talent prodigieux à révolutionner toute la médecine ; mot qu'ils entendront encore quelquefois prononcer par quelques rares adeptes ; mais aujourd'hui où tant de sévérité est exigée dans les recherches et le langage scientifiques, on ne doit plus se servir du mot irritation qui n'indique à l'esprit rien de défini, par cela seul qu'on l'a appliqué à tous les phénomènes pathologiques.

Pronostic. — Le pronostic se calcule surtout d'après l'importance de l'organe affecté, l'étendue de la phlegmasie, sa nature, sa tendance naturelle vers telle ou telle terminaison. Enfin on tiendra également compte de l'état des forces, de la violence des symptômes généraux et sympathiques, de l'âge et de la constitution des sujets, et de l'époque à laquelle le traitement est commencé.

Causes de l'inflammation. — Les causes des inflammations sont très nombreuses ; les unes agissent directement, telles sont toutes les violences extérieures, l'application des substances irritantes et caustiques ; les autres agissent indirectement et d'une manière à peu près inexplicable, telles sont, par exemple, les inflammations de la gorge qui succèdent à un refroidissement des pieds, etc. Parmi ces causes indirectes de l'inflammation, on doit ranger encore toutes les substances qui, prises intérieurement, vont agir loin du point où elles ont été appliquées ; tel est le mercure, qui, pris à petites doses, peut enflammer la muqueuse buccale. D'autres fois, il est difficile de dire si ces substances agissent consécutivement à leur absorption, ou si l'inflammation qu'elles provoquent ne résulte pas d'une action sympathique exercée par l'organe avec lequel elles ont été mises en contact ; telles sont, par exemple, toutes ces affections inflammatoires de la peau, qui naissent après l'ingestion de certains fruits, de certains coquillages ou de certains poissons. A côté de ces causes indirectes viennent encore se ranger tous les poisons morbides, comme la plupart des virus ; il est vrai qu'il en est, comme le pus variolique, qui peuvent agir sur le point de contact, mais dont néanmoins les effets les plus considérables se remarquent consécutivement à leur absorption. La plupart des inflammations ordinaires non spécifiques naissent sans le concours d'aucune cause déterminante appréciable ; on les dit alors *spontanées*. Quelques unes reconnaissent, au contraire, l'intervention d'une cause excitante. Les écarts de régime, les fatigues excessives, les émotions morales vives, et surtout l'action brusque du froid sur le corps échauffé, sont les circonstan-

ces que nous invoquerons le plus souvent pour expliquer le développement des phlegmasies. Le froid est, en effet, la cause occasionnelle la plus commune, et une des plus puissantes ; mais beaucoup de personnes en ont encore exagéré l'importance en lui rapportant le développement de toutes les phlegmasies de l'appareil respiratoire. J'ai dit ailleurs (1) que la source de cette erreur était dans un interrogatoire insuffisant ou mal dirigé. Si, en effet, on demande aux malades atteints actuellement de certaine phlegmasie s'ils se sont refroidis, le plus souvent ils vous répondront par l'affirmative ; mais en précisant davantage les questions, on ne tarde pas à se convaincre que beaucoup confondent le refroidissement avec le frisson d'invasion qui marque si souvent le début de beaucoup de phlegmasies : d'autres confondent avec le refroidissement la sensibilité plus grande au froid extérieur dans l'invasion ou pendant les prodromes des maladies aiguës. Enfin, on trouve encore une cause d'erreur dans l'opinion de certains malades qui, ayant mal à la gorge, étant enrhumés ou atteints de pneumonie, veulent à toute force expliquer leur maladie par un refroidissement dont ils n'ont eu cependant aucune conscience, parce qu'ils ne conçoivent pas que leur maladie puisse reconnaître d'autre cause que l'action du froid. Mais le médecin instruit ne partagera pas ces préventions ; il tâchera d'arriver à la connaissance de la vérité en interrogeant les antécédents du malade, et s'il constate l'action du froid, il ne devra pas oublier que cette cause n'a pu agir qu'en vertu d'une prédisposition antérieure du sujet ; ce qui le prouve c'est que la personne avait été exposée maintes fois à l'action de la même cause sans en éprouver aucun effet fâcheux.

L'inflammation reconnaît une foule de causes prédisposantes ; c'est ainsi que nous verrons l'âge, le sexe, les climats prédisposer à différentes phlegmasies. Pendant longtemps on a considéré une constitution forte et robuste, et l'état de pléthore, comme prédisposant beaucoup aux phlegmasies ; mais une observation plus exacte a démontré que cette croyance était erronée, et il est reconnu aujourd'hui que la faiblesse prédispose bien plus aux inflammations que l'état opposé, probablement parce que, dans le premier cas, les individus sont plus attaquables et résistent moins aux causes. Mais si l'état de force et de pléthore ne prédispose pas à l'inflammation, cette circonstance a pour effet d'augmenter l'intensité des symptômes de réaction. Enfin, il existe des prédispositions qui tiennent à l'organe lui-même, à sa position, à la nature de ses fonctions, et il est en outre démontré pour plusieurs phlegmasies qu'un organe y est d'autant plus exposé qu'il en a déjà été atteint un plus grand nombre de fois.

Traitement. — Les premières indications à remplir dans le traite-

(1) Voir mon *Traité de la Pneumonie*, p. 148 et suiv.

ment de toute inflammation consistent à éloigner, toutes les fois qu'on le peut, les causes excitantes qui ont fait naître la maladie, à soumettre l'organe affecté au repos le plus absolu; puis on cherchera à attaquer la phlegmasie elle-même. Les antiphlogistiques sont les agents les plus efficaces, et ceux qui, diversement modifiés, sont applicables à presque tous les cas. Les saignées générales et locales sont la base de la médication antiphlogistique. Les premières conviennent toutes les fois que la phlegmasie est assez étendue et assez grave pour exciter un mouvement fébrile un peu intense. Cependant l'intensité de la fièvre ne doit pas seule guider le médecin, mais on doit aussi avoir égard à l'importance de l'organe affecté. C'est ainsi que deux malades étant donnés, ayant l'un et l'autre une fièvre *modérée*, et qui sont atteints l'un de pneumonie, l'autre d'érysipèle à la face, il y aura ordinairement nécessité, urgence de saigner le premier, tandis que le plus souvent on pourra s'en dispenser pour le second. Il faut, dès à présent, bien se persuader que la saignée n'est pas un remède applicable ou nécessaire à toutes les inflammations; il en est, en effet, qui guérissent aussi bien et même mieux sans son intervention; aussi doit-on s'en dispenser; car il faut s'habituer à considérer la saignée comme un moyen puissant mais dangereux, dont on abuse facilement, et auquel pourtant il est impossible de remédier, lorsqu'on l'applique d'une manière inopportune. Il faut donc n'y recourir que lorsque l'indication est bien précise. Il en est d'ailleurs de la saignée comme de tous les remèdes que j'appellerais *rationnels*, qui ne sont doués, par rapport à la maladie contre laquelle on les dirige, d'aucune vertu spécifique, et qui paraissant indiqués par la nature de l'affection aussi bien que par l'appareil symptomatique, échouent néanmoins, et sont même manifestement nuisibles dans certains cas, tandis que d'autres médications sont couronnées de succès. Cette inconstance du remède tient au genre différent des constitutions médicales dont on a eu tort de nier l'influence et jusqu'à l'existence. Cependant les constitutions médicales dominent la thérapeutique; c'est une vérité que les théoriciens ou les ignorants ont pu méconnaître, mais qui a toujours été proclamée par les grands praticiens. Ainsi donc il faut s'attendre à voir dans certains cas, et pendant plusieurs mois de suite, la saignée échouer ou être nuisible contre certaines phlegmasies, dans lesquelles on est habitué à les voir réussir. L'emploi de la saignée peut trouver en outre des contre-indications tenant à l'individu; ainsi une faiblesse excessive, un âge trop tendre ou une constitution détériorée, un état chlorotique, peuvent être parfois un obstacle à toute émission sanguine; mais le plus sonvent ces circonstances indiquent seulement d'y recourir avec plus de prudence et de ménagement. On conçoit bien qu'il est impossible de tracer à ce sujet aucune règle fixe, car tout ici est subordonné au tact du médecin. Il est

néanmoins des circonstances où les plus expérimentés hésitent; il arrive, en effet, souvent qu'en présence d'un malade atteint d'une phlegmasie grave, et dont les forces sont prostrées, on ne sait si cette adynamie est *réelle*, ou si elle n'est que *simulée*, *apparente*. On hésite alors entre tirer du sang et tonifier. Pour se diriger dans un cas aussi épineux, on devra avoir égard aux circonstances suivantes. Si on a à faire à un individu débilité avant l'invasion de la phlegmasie, par une maladie antérieure, par des veilles, des chagrins, etc., il est à peu près certain que l'adynamie qu'on observe est réelle, car la simple oppression des forces a lieu généralement dans des conditions opposées, c'est-à-dire chez des sujets bien constitués et dans la force de l'âge. Ajoutons que lorsque les forces ne sont qu'opprimées, les malades présentent des symptômes adynamiques dès le début, et les offrent même à un haut degré, tandis que l'adynamie véritable est en général progressive, et n'arrive qu'à une époque plus avancée. On aura encore égard aux effets que produisent sur les forces les hémorrhagies naturelles; enfin, dans le doute, on fait pratiquer une petite saignée exploratrice, et, suivant les effets qu'on en obtient, c'est-à-dire suivant que les forces se relèvent ou se prostrent davantage, on insiste sur ce moyen ou on y renonce tout-à-fait pour recourir à la médication tonique.

Les saignées sont d'autant plus avantageuses qu'on les pratique à une époque plus rapprochée du début, mais il ne faut pas croire avec quelques anciens auteurs qu'il existe un temps au-delà duquel on ne doive plus répandre de sang; c'est une grave erreur que les hommes les plus expérimentés des derniers siècles ont partagée, mais aujourd'hui il est bien reconnu que l'emploi des émissions sanguines doit être subordonné à la nature des symptômes généraux et locaux sans avoir égard à l'âge plus ou moins avancé de la maladie qui ne doit jamais entrer en ligne de compte. Non seulement il faut saigner le plus tôt possible, mais encore quand la violence de la maladie l'exige et quand les forces le permettent; on doit tirer une grande quantité de sang à la fois, c'est-à-dire 4 à 600 grammes, et s'il faut recourir plusieurs fois à la saignée, on doit le faire à des intervalles assez rapprochés, par la raison que la phlegmasie est d'autant plus attaquable qu'elle est moins ancienne. Mais dans aucun cas on ne peut déterminer d'avance, même *approximativement*, le nombre de saignées qu'il faut faire et la quantité de sang qu'on doit retirer à chacune d'elles; car l'abondance et le nombre des saignées doivent être subordonnées à l'âge des malades, à leur constitution, à l'état antérieur de santé ou de maladie, à la violence des symptômes généraux et locaux, et enfin, comme nous l'avons déjà dit, aux constitutions médicales régnantes. L'aspect plus ou moins couenneux du sang ne peut, comme on l'a cru pendant longtemps, comme le croient encore quelques médecins, fournir une indication pour

réitérer la saignée, puisque nous avons vu que la couenne pouvait exister dans l'anémie, que par conséquent elle devient d'autant plus parfaite que l'on saigne davantage, bien que l'inflammation ait cessé de s'accroître. Par les saignées convenablement faites, on peut espérer de soulager presque toujours les malades, d'en guérir beaucoup qui, sans elles, auraient succombé, et d'abréger la maladie de ceux qui auraient pu guérir sans son secours. Mais le jeune médecin ne doit pas oublier que quelque abondantes et quelque nombreuses que soient les saignées, elles n'ont pas le pouvoir d'enlever brusquement la maladie, de l'arrêter tout-à-coup dans sa marche quand elle débute. On verra, en effet, plus tard qu'on ne jugule ni la pneumonie, ni la pleurésie, ni les érysipèles de la face, ni les angines, ni toutes les phlegmasies franches et déjà bien établies. On se convaincra que ces maladies ont, pour ainsi dire, un cours nécessaire, et que, nonobstant une méthode active de traitement, il n'est pas en notre pouvoir de les empêcher de s'accroître pendant quelque temps. Cette proposition, qui est admise par MM. Chomel et Louis, et que j'ai moi-même développée dans mon *Traité de la pneumonie*, a reçu une confirmation nouvelle des recherches de M. Andral, qui a vu que, quelque abondantes et quelque rapprochées que soient les saignées, la fibrine n'en va pas moins toujours en augmentant, si ces saignées sont faites dans les premiers temps d'une inflammation tant soit peu intense, c'est-à-dire dans la période ordinaire d'augment de la maladie. Les saignées générales conviennent, avons-nous dit, toutes les fois que la phlegmasie est assez grave pour exciter une réaction notable; elles suffisent le plus souvent seules, d'autres fois il convient de leur associer les saignées locales faites par des sangsues ou des ventouses scarifiées. Celles-ci sont surtout efficaces, dans les inflammations qui s'accompagnent d'une vive douleur ou d'une congestion très considérable. Il faut, dans tous les cas, mettre les sangsues le plus près possible du mal ou sur des parties qui ont avec les organes malades des rapports vasculaires ou sympathiques; on doit aussi mettre un nombre suffisant de sangsues ou de ventouses pour opérer une déplétion locale suffisante, car si on agissait autrement, loin de diminuer la fluxion on l'augmenterait. Les émissions sanguines locales suffisent quelquefois pour amener à bonne fin certaines phlegmasies peu intenses superficielles ou affectant des tissus membraneux.

Les inflammations peuvent encore être attaquées par plusieurs ordres de médicaments dont le mode d'action, quoique inconnu, n'en est pas moins remarquable. C'est ainsi que nous verrons les préparations mercurielles administrées à l'intérieur, et à l'extérieur en frictions, amener la résolution de phlegmasies très graves. On a supposé, dans ces cas, que le mercure agissait en fluidifiant le sang; mais cette opinion, qui n'a jamais été démontrée expérimentalement, est, au contraire, en opposi-

tion avec les faits de M. Andral, qui a vu, dans les stomatites mercurielles, la quantité de fibrine s'accroître comme dans les phlegmasies ordinaires. Nous ignorons donc jusqu'à présent le mode d'action du mercure. Il est encore un autre ordre d'agents thérapeutiques, connus sous les noms de *contre-stimulants* ou d'*hyposténisants*, et à l'aide desquels on combat beaucoup de phlegmasies. Cette méthode, d'origine italienne, a été créée par Rasori, et agrandie depuis lui par Tommasini, et surtout par le professeur Giacomini, de Padoue. Elle consiste à administrer certains médicaments énergiques à des doses considérables, sans que ces substances déterminent les effets toxiques qu'elles produiraient chez un homme sain, sans même observer les effets naturels physiologiques qu'elles produisent quand on les donne à moindre dose. C'est ainsi que les malades peuvent prendre 1 gramme et plus d'émétique, sans éprouver ni vomissements, ni selles. Pour expliquer cette action remarquable, Rasori et son école ont supposé que la vie était le résultat de deux forces actives, mais opposées, qui se contre-balancent dans l'état de santé; tandis que la prédominance de l'une d'elles entraîne nécessairement un état de maladie. Ces deux forces sont nommées *stimulus*, et *contre-stimulus*; la stimulation et la contre-stimulation étant l'effet de ces deux forces mises en jeu. Lorsque l'une d'elles est en excès, elle produit un état morbide que l'école italienne nomme *diathèse*, et donne à l'économie l'*aptitude* de supporter des doses considérables de médicaments très actifs, destinés à rétablir l'équilibre. Les contre-stimulants, tels que l'émétique, la digitale, l'acide cyanhydrique, le sulfate de quinine et une foule d'autres substances sont donc des agents ou des puissances qui produisent sur l'organisme des modifications opposées à celles qui résultent de l'action du stimulus; quand elles sont bien supportées par l'organisme, sans exciter aucune évacuation, on dit qu'il y a *tolérance*. Je ne veux ici juger ni la théorie, ni la méthode, mais j'ai tenu à les faire connaître en quelques mots, et à définir les expressions dont elles ont consacré l'usage, pour l'intelligence de ce que nous dirons plus tard, quand nous les appliquerons au traitement de quelques phlegmasies. Pour terminer, nous dirons que certaines inflammations des téguments ou des muqueuses sont souvent heureusement modifiées par des agents irritants et caustiques, et qui, d'après la théorie, sembleraient devoir produire un effet tout contraire. C'est ainsi que des ophthalmies, des urétrites, des cystites, des vaginites, des pharyngites et des rectites chroniques cèdent rapidement à une ou plusieurs cautérisations par l'azotate d'argent: il semble alors que ce médicament agisse en changeant le mode de vitalité des parties; ou si l'on veut, à une phlegmasie rebelle ou spécifique il substitue une phlegmasie nouvelle, simple et plus facilement curable.

Le traitement des inflammations se compose encore d'une foule de

moyens adjuvants ; les principaux sont : l'abstinence, qui doit nécessairement et toujours accompagner les antiphlogistiques, l'usage des boissons douces, l'emploi des cataplasmes et fomentations émollientes, des bains locaux et généraux, les applications froides et astringentes, la compression dans quelques cas particuliers, et enfin les révulsifs. Ces derniers s'appliquent tantôt sur le tube digestif, ce sont les émétiques et les purgatifs; tantôt sur la peau, ce sont les synapismes, les pédiluves, les manuluves irritants, les vésicatoires, les emplâtres et pommades déterminant la rubéfaction ou la formation de vésicules et de pustules. Les moyens révulsifs sont très efficaces, on les applique tantôt le plus loin possible de l'organe malade, tantôt dans le voisinage. Les premiers conviennent, en général, à toutes les périodes de la maladie, même au début; les seconds, au contraire, souvent nuisibles quand la maladie commence, ne sont guère indiqués qu'à une période avancée, quand l'affection traîne en longueur ou tend à passer à l'état chronique.

Il est un symptôme prédominant dans quelques phlegmasies qu'on ne doit jamais négliger, c'est la douleur; car, quand elle est trop vive, elle a pour effet ordinaire d'augmenter la congestion locale. On devra donc, dans les cas où elle n'est pas modifiée par le traitement antiphlogistique, l'attaquer par les narcotiques administrés à l'intérieur ou appliqués localement. On peut le faire sans crainte, car depuis longtemps nous avons reconnu combien étaient mal fondées les appréhensions de beaucoup de médecins, contre l'emploi des narcotiques dans le cours des phlegmasies. Les inflammations s'accompagnent en outre fréquemment de divers accidents qui parfois prédominent tellement qu'ils peuvent devenir la source de l'indication principale. Ainsi, les troubles nerveux exigent souvent qu'on ait recours aux médicaments connus sous le nom d'*antispasmodiques*. Enfin, fréquemment la débilité, la prostration des malades est telle qu'on doit, sans s'inquiéter de l'affection locale, se préoccuper exclusivement de l'état général, c'est-à-dire qu'on essaie alors de relever les forces par les toniques et les corroborants, on obéit à ce que les anciens nommaient l'indication vitale, sauf, plus tard, à reprendre le traitement de la phlegmasie s'il en est besoin et si les forces le permettent.

Après ces considérations préliminaires nous passons à l'étude des inflammations en particulier.

INFLAMMATIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

DE LA STOMATITE.

Stomatite est un mot de création nouvelle, servant à désigner l'inflammation de la membrane muqueuse de la bouche.

La stomatite n'est pas une maladie toujours identique; elle présente, au contraire, des caractères très différents, suivant l'élément anatomique qui est atteint, la forme ou la spécificité de la lésion qui la caractérise et la nature des causes qui la développent. Aussi décrirons-nous successivement les variétés suivantes, savoir : la stomatite *érythémateuse*, celle *avec altération de sécrétion* (*muguet* et *diphthérite*), la stomatite *folliculeuse et ulcéreuse*, et la stomatite *mercurielle*. Quelques auteurs y joignent la stomatite gangréneuse; mais la gangrène de la bouche est une affection qui doit être étudiée à part, et à côté des autres affections de nature gangréneuse.

1° *Stomatite érythémateuse.*

La stomatite érythémateuse débute, en général, sans prodromes, et est caractérisée par une rougeur plus ou moins vive, uniforme, et le plus ordinairement partielle de la muqueuse buccale. Elle s'accompagne parfois d'une légère tuméfaction et d'une douleur plus ou moins vive, avec cuisson qui augmente par le passage de l'air froid, par le contact des aliments et même de la langue. La cuisson est surtout vive lorsque l'épithélium ayant été détruit, le corps réticulaire est à nu, ou lorsque la muqueuse est le siége de très légères érosions. La sécrétion buccale est, en outre, modifiée ; ainsi, au début, il existe de la sécheresse et, plus tard, une humidité plus grande dans la bouche; les malades rejettent une matière aqueuse, séreuse ou filante; il survient quelquefois même un ptyalisme abondant. Cette maladie, toujours bénigne, ne s'accompagne presque jamais de fièvre, même chez les très jeunes enfants; elle se termine par résolution au bout de peu de jours. Elle est quelquefois le premier degré des autres formes de stomatites qui nous restent à décrire. Dans la plupart des cas, la stomatite érythémateuse est bornée aux gencives ou à la voûte palatine.

La stomatite érythémateuse est ordinairement produite chez les jeunes enfants par le travail de la dentition, et plus tard par l'introduction dans la bouche d'un liquide irritant, ou d'un corps trop chaud ou trop froid. Dans quelques cas, la maladie est spontanée; enfin nous avons vu que la rougeole et la scarlatine produisent une stomatite érythémateuse dans laquelle la rougeur offre exactement les mêmes caractères que l'éruption cutanée. Elle est rouge uniforme, ou par pointillé régulier dans la scarlatine, par petites taches irrégulières et inégales dans la rougeole. Cette éruption ne détermine en général aucune sensation pénible, si ce n'est parfois un sentiment de chaleur.

Le traitement consiste dans l'emploi de quelques collutoires émollients, que les malades conserveront le plus longtemps possible dans la bouche; ils s'abstiendront en même temps d'aliments âcres, échauf-

fants, épicés, et choisiront des substances peu dures, incapables de blesser la muqueuse, et qui n'exigent pas beaucoup d'efforts de mastication.

2° *Stomatite avec altération de sécrétion.*

Cette stomatite est caractérisée par la production d'une concrétion morbide à la surface de la membrane muqueuse enflammée. On doit en distinguer deux espèces, trop dissemblables entre elles par leurs causes, leurs symptômes et le traitement, pour pouvoir être comprises dans une même description : ce sont la *stomatite diphthéritique* et le *muguet.*

1° La *stomatite diphthéritique* ou stomatite pseudo-membraneuse est l'analogue de l'angine *couenneuse* et du croup. Comme ces dernières maladies, elle est caractérisée par la formation sur la muqueuse de la bouche de pellicules grisâtres, ordinairement très minces, commençant presque toujours, d'après M. Bretonneau, par le bord sinueux des gencives, qui se gonflent et deviennent saignantes, puis s'ulcèrent bientôt. Alors on voit une fausse membrane semblable à la précédente se développer sur le point correspondant de la joue, et ne tardant pas à envahir les autres parties de la bouche. Ces concrétions adhèrent plus ou moins à la membrane muqueuse, qui est rouge, gonflée, bleuâtre, quelquefois ecchymosée, légèrement excoriée ou ulcérée, et conservant sa couleur naturelle. Lorsque ces plaques tombent, on les voit se renouveler avec une grande rapidité. Souvent elles prennent une couleur noirâtre, à cause d'une petite quantité de sang exhalée au-dessous d'elles, ce qui, joint à l'odeur fétide qui s'échappe de la bouche toutes les fois qu'elle est le siége d'une inflammation, et surtout d'une inflammation couenneuse, a souvent fait croire à l'existence d'une gangrène. Cette stomatite diphthéritique est souvent limitée à un petit espace, comme la commissure des lèvres. D'après M. Taupin, elle serait souvent bornée à une moitié de la bouche; d'autres fois elle occupe presque toute cette cavité. Dans ce cas, les ganglions sous-maxillaires sont gonflés, douloureux; toute la face est tuméfiée; la bouche est inondée de salive; il y a de l'anxiété, de la fièvre, et des symptômes variables, suivant le mode de terminaison. En général, la maladie a peu de tendance à s'étendre, et ce n'est que dans des cas fort rares qu'on la voit se propager au pharynx, et surtout au larynx. On observe alors les symptômes propres à l'angine couenneuse et au croup; mais hors ces cas, et ceux tout aussi rares où, sous l'influence d'une mauvaise prédisposition, la maladie se termine par une gangrène de la bouche, on peut dire que la stomatite diphthéritique est une maladie bénigne dont la terminaison est toujours heureuse, quoiqu'il ne soit pas rare de la voir persister avec opiniâtreté pendant plusieurs mois de suite. Quand elle

doit cesser, les plaques se détachent et ne se reproduisent plus; d'autres sont résorbées sur place, les ulcérations se cicatrisent, et il reste pendant quelque temps à leur niveau un léger épaississement avec dureté de la muqueuse, ou des tissus subjacents avec aspect gaufré, à larges alvéoles. Le diagnostic de cette affection est toujours facile; comme on le verra par la suite, on pourra la distinguer aisément de la stomatite mercurielle, dans laquelle on observe aussi, fréquemment, des concrétions membraniformes.

Étiologie. — La stomatite diphthéritique affecte surtout les enfants; on la rencontre dans les hospices d'orphelins, dans les pensions, et généralement chez ceux qui vivent entassés dans des lieux bas, humides, et renfermés dans des espaces étroits. C'est ainsi qu'on l'a vue quelquefois régner dans les casernes d'une manière épidémique (Bretonneau). Dans ce dernier cas, tout porte à penser qu'elle est contagieuse. A l'état sporadique, la maladie survient sous l'influence d'une irritation toute locale, comme la carie ou la saillie d'une dent.

Traitement. — On combattra la diphthérite buccale par le même traitement qu'on oppose à l'angine couenneuse, et que nous ferons connaître en traitant de cette dernière. Disons seulement ici qu'à l'hôpital des Enfants, M. le docteur Bouneau préconise beaucoup contre la stomatite couenneuse le chlorure de chaux sec, qu'il applique plusieurs fois par jour, toutes les deux heures si c'est possible, sur les parties malades. Pour faire cette petite opération, on humecte un doigt, puis on le trempe dans un flacon contenant du chlorure sec en poudre, on le porte ainsi sur les parties affectées qu'on frictionne rudement. M. Taupin s'est déclaré partisan de cette médication.

3° *Muguet ou stomatite crémeuse; blanchet.*

Les mots de *muguet* ou *blanchet* servent à désigner une maladie de la muqueuse des voies digestives, et spécialement une forme de stomatite caractérisée par l'exsudation de petites concrétions blanchâtres, qui sont disséminées ou confluentes.

Le muguet, que beaucoup de médecins, même modernes, ont à tort confondu avec les aphthes, n'a été convenablement étudié que par nos contemporains, et spécialement par les docteurs Lélut, Guersant, Billard et Valleix.

Relativement à l'abondance de l'éruption, le muguet a été divisé en *discret* et en *confluent;* ce dernier a été aussi nommé *malin*, en raison des symptômes généraux graves qui l'accompagnent. Une division plus importante encore est celle qui distingue le muguet en *idiopathique* et en *symptomatique.* Le premier affecte des sujets bien portants et constitue une maladie toute locale; le second, au contraire, se déclare chez

des sujets affaiblis et arrivés à une période avancée d'une maladie aiguë, et surtout chronique. Le muguet idiopathique est spécial à l'enfance; celui qui est symptomatique est commun à tous les âges.

Lésions cadavériques. — Parmi les lésions qu'on trouve à l'ouverture des cadavres, les unes appartiennent au muguet, les autres aux complications. Les premières se retrouvent partout où l'exsudation s'est faite, c'est-à-dire dans la bouche, où elle est constante, dans le pharynx, à l'œsophage, où elle est très commune; dans l'estomac, où on la rencontre dans un dixième des cas; dans le tube intestinal, où elle est beaucoup plus rare. Cette exsudation est disposée par petits points blanchâtres, ayant la grosseur d'un grain de riz ou de semoule, plus ou moins rapprochés entre eux; d'autres fois tout l'intérieur de la bouche est revêtu par une couche uniforme et mamelonnée. Cette exsudation, molle, pultacée, inodore, obéissant aux réactifs chimiques comme le ferait le mucus, adhère faiblement à la muqueuse, qui est souvent rouge-bleuâtre, plus sèche, quelquefois ramollie. Des ulcérations se rencontrent fréquemment à la voûte palatine (dans près de la moitié des cas). Une dissection attentive a prouvé à M. Guersant que dans la bouche, et surtout à la face interne des lèvres et des joues, l'exsudation est située sous l'épithélium, qu'on est obligé de détruire pour arriver sur la concrétion. Cependant lorsque celle-ci date de quelques jours, cette disposition n'est plus manifeste, probablement par suite de la destruction spontanée de l'épithélium. Chez presque tous les sujets qui succombent, surtout dans les hôpitaux, on trouve la muqueuse intestinale rouge, injectée, ramollie, quelquefois ulcérée, altérations qui, tantôt ont précédé, tantôt suivi le muguet. Plus rarement il existe de la rougeur des bronches, et diverses formes d'hépatisation.

Symptômes. — D'après M. Valleix, un érythème des fesses et de la partie postérieure des cuisses précéderait presque toujours (17 fois sur 23) le muguet. La plupart des auteurs enseignent, au contraire, que la maladie débute sans prodromes, par des accidents du côté de la bouche. Ainsi la langue devient rouge en partie ou en totalité, et ses papilles sont saillantes. La même rougeur se développe dans plusieurs autres points, et s'étend souvent dans toute l'arrière-bouche; la muqueuse qui tapisse ces parties est sèche, luisante; elle est le siége d'une chaleur brûlante. La succion est douloureuse, et la déglutition elle-même devient difficile lorsque l'inflammation érythémateuse s'est propagée dans le pharynx. Cependant après un ou trois jours on voit paraître sur les côtés du frein de la langue, sur les bords de cet organe, et à la face interne des joues et des lèvres, ainsi que sur les gencives, une matière crémeuse très analogue, pour l'aspect, au caséum, disposée, comme nous l'avons déjà dit, par petits points semblables à des grains de semoule, discrets ou confluents, quelquefois recouvrant toute la mu-

queuse, sur laquelle elle forme une couche uniforme ou des plaques mamelonnées. Dans ce dernier cas, les enfants exercent un mâchonnement continuel; ils tirent fréquemment leur langue hors de la bouche, comme pour expulser un corps étranger qui les gêne.

Le muguet, s'il est simple et très discret, peut ne réveiller aucune sympathie morbide; mais presque toujours le pouls s'accélère, la chaleur de la peau s'élève, il survient de la diarrhée, du météorisme et des selles liquides, jaunes d'abord, plus tard verdâtres, auxquels se joignent ensuite des vomissements de même nature. Dans les évacuations alvines, on découvre souvent une matière crémeuse pultacée, signe certain que l'exsudation qui existe dans la bouche s'est également reproduite dans le tube digestif. Dans ce cas, les symptômes sont plus graves; il y a une soif inextinguible; l'exsudation buccale est brune ou noirâtre; une diarrhée abondante survient, ainsi qu'un amaigrissement rapide, et tel, qu'en peu de jours ces enfants ont les yeux caves et éteints, la figure rabougrie et ridée comme celle d'un vieillard; leur voix est éteinte, ils tombent dans le coma; leur pouls devient insensible, la chaleur s'éteint, la peau s'ulcère dans divers points, surtout vers les malléoles et les talons (Valleix); enfin, la mort survient dans un état de prostration extrême.

Cette terminaison est presque constante lorsque le muguet s'étend dans l'intestin, ou bien lorsqu'il existe du côté de la poitrine ou des organes digestifs quelques unes des graves complications que nous avons énumérées. La maladie peut alors se terminer en trois ou cinq jours. Dans la plupart des cas pourtant, la mort est moins prompte; mais la guérison n'a presque jamais lieu; celle-ci ne se remarque que dans les cas où le muguet est bénin et ne détermine point ou que peu de fièvre. Alors, au bout de quelque temps, l'exsudation tombe sans se reproduire, ou bien elle ne se reproduit que dans quelques points. Enfin, assez rarement, la maladie semble passer à la chronicité, c'est-à-dire que pendant un ou plusieurs mois on voit de temps en temps apparaître dans diverses parties de la bouche quelques parcelles de muguet sans qu'il en résulte ordinairement aucun trouble bien notable dans les principales fonctions.

Diagnostic et pronostic. — Le diagnostic du muguet n'offre aucune difficulté. Son pronostic n'est favorable que lorsqu'il s'annonce chez un sujet bien portant, sans exciter beaucoup de fièvre et de diarrhée. Dans le cas contraire, son pronostic est des plus fâcheux. Il le sera, à plus forte raison, lorsqu'il existe déjà quelque grave affection viscérale. La manifestation du muguet chez un individu déjà malade, quel que soit d'ailleurs son âge, est toujours une circonstance du plus fâcheux augure; car, comme le dit avec raison M. Chomel, son apparition dans les maladies chroniques ôte presque tout espoir d'une heureuse terminaison, il est presque toujours l'avant-coureur d'une mort assez prochaine.

Dans les maladies aiguës, sans offrir le même degré de gravité, elle ajoute néanmoins toujours à ce que les autres symptômes peuvent offrir d'inquiétant.

Etiologie. — Le muguet existe à tous les âges, mais il est plus commun chez les enfants à la mamelle, surtout dans les deux premiers mois de l'existence. Ce n'est guère que chez eux qu'on observe le muguet idiopathique; car plus tard, et surtout chez l'adulte et le vieillard, le muguet constitue une lésion secondaire, et qu'on n'observe que chez des individus atteints de quelque affection grave. On n'est pas encore bien fixé sur l'influence que la constitution individelle exerce sur la production du muguet : les uns, avec M. Valleix, regardent la maladie comme étant plus commune chez les sujets forts; la plupart, au contraire, soutiennent avec plus d'apparence de raison qu'une constitution chétive est une prédisposition à la maladie. On ignore aussi l'influence que les saisons et les climats peuvent exercer. Mais il est bien reconnu que des circonstances hygiéniques défavorables, comme une habitation humide, malpropre, les émanations animales, l'entassement des enfants dans des salles peu aérées, sont des causes très actives du muguet, et expliquent pourquoi cette maladie règne si souvent endémiquement ou épidémiquement dans la plupart des hospices d'orphelins; c'est aussi ce qui rend compte pourquoi le muguet est comparativement plus fréquent chez l'enfant du pauvre que chez celui du riche. Chez ce dernier, la maladie reconnaît presque toujours une cause locale, comme l'allaitement artificiel, des efforts de succion nécessités par un mamelon très court, trop gros ou crevassé, ou bien encore l'irritation produite par un bout de sein inégal ou trop dur. Dans aucun cas, le muguet n'est contagieux.

Traitement. — Le traitement du muguet consiste surtout dans des applications locales. Ainsi, dans la première période, les malades feront usage de collutoires émollients. Les enfants ne pouvant se gargariser, on touche les parties malades avec un pinceau imbibé des mêmes liquides émollients, mucilagineux. Plus tard, lorsque la bouche est recouverte d'une exsudation épaisse, consistante, on ajoute au liquide un quart de liqueur de Labarraque ou bien un acide végétal, comme du vinaigre, du citron, préférablement aux acides minéraux, ainsi qu'au sous-borate de soude, qu'on a trop préconisé. M. Guersant conseille également les solutions d'alun plus ou moins étendues. On ne devra jamais tirailler les fausses membranes pour les détacher, car ces manœuvres excitent de la douleur et augmentent l'irritation. Les moyens généraux à employer seront déterminés d'après l'état du sujet et la période de la maladie. Au début, lorsqu'il n'existe pas de fièvre, on se bornera aux lotions émollientes, à l'usage de l'eau d'orge, on fera moins téter l'enfant. S'il y a de la fièvre, des symptômes inflammatoires vers l'abdo-

men, on prescrit quelques sangsues sur le ventre ou à l'anus, des bains tièdes, des cataplasmes, des lavements, et une diète plus ou moins complète. Enfin, les accidents adynamiques indiquent l'emploi des toniques (écorce d'orange, quinquina, etc.), mais presque sans espoir de succès. Les complications, si fréquentes du côté du tube digestif, feront toujours redouter l'emploi des émétiques et des purgatifs, que quelques auteurs ont préconisés dans la première période du muguet.

Nature. — Le muguet est une forme particulière de la stomatite; elle constitue parfois une affection toute locale et primitive, mais ayant de la tendance surtout chez les enfants pauvres, chez ceux des hospices particulièrement, à s'étendre dans le tube digestif et à se compliquer de quelque lésion grave de ces organes. Chez ces derniers surtout on voit encore la maladie survenir comme affection secondaire, mais ce n'est pas une raison pour regarder le muguet avec M. Valleix comme un épiphénomène ou une lésion consécutive de l'entérite du jeune âge; la pratique civile contredit d'ailleurs cette proposition. Mais il est juste de reconnaître que, plus souvent que chez l'adulte, le muguet se montre chez les jeunes enfants comme complication, dans le cours d'un état grave et spécialement d'une phlegmasie du tube digestif.

4° *Des aphthes ou de la stomatite folliculeuse.*

La stomatite *aphtheuse*, aussi nommée *ulcéreuse* ou *folliculeuse*, est caractérisée par l'éruption dans la bouche de petites vésicules transparentes ou d'un gris de perle qui prennent au bout de quelques heures l'aspect pustuleux, se transforment, dès le deuxième ou troisième jour, en ulcérations douloureuses et dont la cicatrisation se fait quelquefois attendre pendant un ou deux septénaires, mais qui ne laissent d'autre trace qu'une petite tache rouge qui disparaît très promptement.

On distingue deux espèces d'aphthes suivant le caractère discret ou confluent de l'éruption. L'aphthe *discret* est très fréquent, il constitue ordinairement une affection toute locale; et on n'observe alors que quelques vésicules dans la bouche et spécialement derrière les lèvres, sur les bords de la langue ou à la partie moyenne des joues. Le jour même, ou au plus tard dès le lendemain de leur apparition, elles s'entourent d'un bourrelet grisâtre, blanchâtre, dur, ce qui donne alors à la maladie un caractère pustuleux; bientôt l'épithélium se détache, et on voit à nu une ulcération lenticulaire pouvant avoir presque l'étendue d'une pièce de 25 ou 50 centimes; ses bords et sa surface sont saillants, durs, grisâtres, souvent saignants et toujours très douloureux. Les malades éprouvent de la sécheresse ou une sensation insolite d'humidité dans leur bouche; l'haleine est fétide comme dans toutes les stomatites; la mastication et l'impression des substances chaudes aug-

mentent les souffrances; quelquefois les ganglions sous-maxillaires augmentent de volume et deviennent douloureux; souvent il y a du malaise, de l'inappétence, un peu de diarrhée et un léger mouvement fébrile qui persiste peu de temps. Cette période d'ulcération ne dure ordinairement que trois ou quatre jours; elle peut parfois se prolonger pendant un et même deux septénaires. Lorsque la guérison survient (et c'est là la terminaison constante de la maladie), les bords s'affaissent, la surface se déterge, prend une couleur rouge; puis brusquement, c'est-à-dire en trente-six heures ou même du jour au lendemain, elle se cicatrise, et la place qu'elle occupe est à peine marquée pendant quelques jours par une petite tache rougeâtre.

Il n'en est plus de même de la forme confluente, qui, rare en France, est commune en Hollande où elle règne parfois épidémiquement. Ici l'éruption est précédée et accompagnée de fièvre et de troubles graves du côté des organes digestifs. Les aphthes recouvrent la face interne des joues et des lèvres; on les retrouve sur le voile du palais et dans l'arrière-bouche. Ils sont partout plus ou moins confluents et ressemblent assez à une éruption varioleuse; c'est ce qui explique la difficulté et les douleurs que les malades éprouvent pendant la déglutition. Dans ces cas, la bouche est le siége d'une vive cuisson, elle est sèche ou baignée par un liquide filant. Il y a des vomiturítions, de la diarrhée, une angoisse inexprimable, de la fièvre, et la mort arrive souvent au milieu d'accidents typhoïdes fort graves, et dont la manifestation paraît coïncider, le plus souvent, avec la reproduction sur la muqueuse gastro-intestinale, des ulcérations aphtheuses qui existent dans la bouche. Cependant on ne possède encore à ce sujet aucune recherche positive. D'autres fois, les accidents adynamiques sont consécutifs à la gangrène des ulcérations aphtheuses qui deviennent noirâtres, fétides. La mortification peut encore gagner les parties molles de la bouche; mais cette terminaison est fort rare et on ne l'observe guère que chez des sujets débiles. Quoi qu'il en soit, les aphthes confluents se prolongent communément pendant deux septénaires; ils ont une marche assez lente.

Diagnostic. — Nous verrons qu'il est bien facile de distinguer l'aphthe qui consiste dans l'ulcération des follicules mucipares, des solutions de continuité produites par le virus syphilitique, et par l'action du mercure. Le caractère ulcéreux distingue l'aphthe du muguet, lors même que quelques petites concrétions existeraient au pourtour de l'ulcération. Enfin la stomatite diphtéritique, par la formation des fausses membranes qui tombent ou qu'on détache, par l'aspect de la muqueuse qui est violacée, ramollie, saignante, ulcérée, n'offre pas même de l'analogie avec l'inflammation aphtheuse.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que lorsque l'éruption aphtheuse est confluente ou se termine par gangrène.

Etiologie.—Les aphthes sont fréquents dans l'enfance et la jeunesse, mais peuvent se montrer à tous les âges. Une constitution lymphatique, une mauvaise alimentation, semblent y prédisposer ou les déterminer. Cependant le développement de la maladie a lieu si fréquemment dans les conditions opposées, qu'il est impossible d'émettre sur son étiologie aucune opinion raisonnable. Les aphthes semblent d'ailleurs constituer, souvent, une affection symptomatique, quelquefois consécutive à un état général plus ou moins grave : c'est ainsi qu'ils existaient fréquemment dans l'épidémie de Gœttingue. Souvent aussi ils coïncident avec un état saburral des premières voies, ou bien encore, dans certaines constitutions, ils sont les épiphénomènes très fréquents de l'état puerpéral.

Traitement.—A l'aphthe simple, discret, il suffit, presque toujours, d'opposer un traitement topique, consistant, au début, en des lotions mucilagineuses, émollientes, rendues plus calmantes par l'addition de quelques gouttes de laudanum. Puis dès que la douleur et la tension des parties ont diminué, on remplace les moyens précédents par des astringents, comme l'acétate de plomb, le sous-borate de soude, l'acide chlorhydrique, l'alun ; enfin, il sera souvent utile, pour modifier promptement la surface de l'ulcération, de la toucher avec un crayon d'azotate d'argent. Ce moyen a même été conseillé comme utile dès le début, et comme pouvant arrêter le mal dans son développement. Il est vrai que quelquefois on a réussi à faire avorter un aphthe commençant, mais le plus souvent nous avons vu un résultat tout-à-fait contraire ; de sorte que nous ne croyons ce moyen utile qu'après la période inflammatoire et lorsqu'il suffit de modifier l'état local pour déterminer la cicatrisation. A ces moyens on joindra un régime doux, l'usage de boissons acidulées, de bains tièdes, et parfois l'emploi d'un laxatif. Dans les aphthes confluents, indépendamment de la médication locale qui est la même, il convient souvent de tirer du sang par la veine ou par une application de sangsues sous les mâchoires.

Nature et siége.—Les aphthes sont une forme d'inflammation des membranes muqueuses ; la vésicule constitue l'élément primitif de la maladie. Quant à son siége, Billard a essayé de le placer dans les follicules mucipares ; d'autres, dans la muqueuse elle-même. Bichat et Gardien n'ont pas osé se prononcer, et nous imiterons leur réserve, car cette question ne nous paraît pas encore résolue ; et si nous ne consultions que nos propres observations, nous dirions que les aphthes n'ont pas, à proprement parler, de siége anatomique ; en effet, ils nous ont semblé se développer tantôt sur les follicules et tantôt sur la muqueuse seule.

De deux autres formes de stomatite ulcéreuse et pustuleuse.

On pourrait encore admettre plusieurs autres formes de stomatite : ainsi il est des ulcères de la bouche qui surviennent après une solution de

continuité de la membrane muqueuse, produite par un corps étranger ou par la pression d'une dent inégale, déviée, rompue. Ces ulcères, qui siègent surtout aux joues, ou tout-à-fait en arrière, au voisinage des dernières molaires, sont souvent très douloureux, et peuvent acquérir une étendue égale à une pièce d'un franc; leurs bords ont une dureté squirrheuse et leur surface est inégale, grisâtre, saignante, et exhale une odeur fétide très désagrable. Il est de ces ulcères qui ont un aspect vraiment repoussant et qui, à la vue et au toucher, pourraient donner l'idée d'une ulcère cancéreux, si la cause qui les a produits et la marche qu'ils ont suivie n'en indiquaient aisément la nature.

Le traitement sera le même que pour les aphthes; il faut surtout se hâter de modifier la surface à l'aide du nitrate d'argent.

Une autre forme de stomatite que nous devons signaler est celle qu'on pourrait appeler *pustuleuse*, car elle est caractérisée par le développement de pustules sur la muqueuse buccale, spécialement à la face interne des joues, et sur la voûte palatine. On l'observe toujours dans la variole où l'éruption de la bouche est de même nature que celle des téguments. Des pustules semblables surviennent aussi fréquemment sur les mêmes parties et dans le pharynx après l'emploi de l'émétique à haute dose; les malades se plaignent de chaleur et de cuisson dans la bouche qui est humectée de salive et souvent tapissée de mucosités filantes. Il suffit généralement de quelques collutoires émollients ou légèrement acidulés pour triompher de la maladie en quelques jours.

6° *De la stomatite mercurielle, salivation mercurielle, ptyalisme mercuriel.*

On désigne sous les noms de *ptyalisme mercuriel*, de *salivation* ou de *stomatite mercurielle* l'inflammation de la bouche qui se développe consécutivement à l'absorption du mercure, et qui résulte de l'action spéciale que ce métal exerce sur la membrane muqueuse et les glandes salivaires.

Symptômes, marche, terminaisons. — Au début, les malades éprouvent dans la bouche une sensation insolite de chaleur et de sécheresse; ils ont une saveur métallique désagréable. Bientôt les gencives se tuméfient, deviennent douloureuses, saignent et se ramollissent; elles sont d'un rouge blafard dans la plus grande partie de leur étendue, excepté vers le collet des dents, où elles forment un liseré rouge et violacé, et plus tard blanchâtre; bientôt elles s'ulcèrent et se détachent des dents. Celles-ci, couvertes d'un enduit sale, limoneux, sont comme écartées, puis vacillantes, agacées; si les malades rapprochent les mâchoires, elles leur donnent une sensation comme si elles étaient allongées. Cet allongement d'ailleurs est peut-être réel et s'explique par l'ébranlement que les dents ont subi et par la propagation de la phlegmasie dans les al-

véoles. La bouche du malade exhale dès le début une fétidité particulière qui diffère de la fétidité qu'on trouve dans toutes les autres stomatites ; elle a ici un caractère particulier et vraiment pathognomonique. La muqueuse buccale est généralement tuméfiée et comme infiltrée ; elle offre çà et là un enduit blanchâtre d'abord pointillé ; plus tard ce sont des plaques ; cette disposition est surtout remarquable sur la langue. A cette époque, l'état de sécheresse de la bouche est remplacé par une sécrétion abondante de fluide salivaire. Si la maladie continue de s'accroître, la tuméfaction des parois buccales et des parties renfermées dans cette cavité augmente ; les joues, au niveau des grosses molaires, les lèvres, surtout l'inférieure, et la langue à sa pointe et à son bord, présentent des sillons verticaux, et bientôt de véritables ulcérations souvent couvertes de pseudo-membranes et séparées par des crêtes d'un rouge vif qui correspondent à la saillie des dents et aux intervalles qui les séparent. A un degré encore plus avancé, la langue acquiert un volume plus considérable ; parfois même, ne pouvant plus être contenue dans la bouche, elle sort de cette cavité et fait saillie au-delà des arcades dentaires qui pressent douloureusement sur elle. La pointe de l'organe ainsi exposée à l'air se dessèche et brunit ; la pression contre les dents étant alors plus forte, on voit les ulcérations s'agrandir, prendre une couleur grisâtre ; souvent aussi des escarres se forment. Toute la face est tuméfiée ; le gonflement s'étend aux glandes parotides, sous-maxillaires et aux ganglions ; la pression exercée sur ces parties est très douloureuse. De la bouche entr'ouverte s'écoule sans cesse un liquide clair, grisâtre et très fétide ; la quantité peut s'élever à 1, 2 ou 3 kilog. dans les vingt-quatre heures. Quelques malades se plaignent aussi de la gorge et souffrent des oreilles, par suite de l'extension de la phlegmasie au pharynx et aux trompes d'Eustache. Ces malheureux sont alors dans un état de malaise inexprimable, ils ne peuvent ni mâcher, ni avaler, ni entendre, ni parler ; les douleurs et la sécrétion incessante de salive empêchent tout sommeil ; la face est pâle ; il y a une céphalalgie vive et une réaction fébrile plus ou moins considérable, et, comme dans toute inflammation, la quantité de fibrine augmente (Andral). Si la stomatite, au lieu de s'amender, continue ses progrès, les gencives tombent en putrilage, les dents noirâtres quittent leurs alvéoles, les joues se gangrènent et une portion considérable des os maxillaires peut se nécroser. L'état général est en rapport avec ces graves désordres qui, heureusement, sont rares aujourd'hui, mais qui, communs autrefois, ont provoqué la mort des malades. Ceux qui, plus heureux, y ont survécu, ont souvent eu des cicatrices vicieuses qui les ont défigurés ou qui ont gêné ou empêché les fonctions de la bouche et des organes qui y sont contenus. Plus souvent on voit des malades, par suite de l'abondance du ptyalisme, tomber dans le marasme puis succomber si la sécrétion

morbide ne s'arrête bientôt; ceux qui se rétablissent restent longtemps pâles, amaigris, et ont toujours une convalescence extrêmement longue. Lorsque la stomatite marche à la guérison, la tuméfaction et le ptyalisme diminuent, les ulcérations se détergent, les dents reprennent leur solidité, les malades peuvent manger sans douleur des substances molles, humides, mais il leur est encore impossible de mâcher des corps solides, comme le pain, sans provoquer des douleur vives et le saignement des gencives.

Durée. — La maladie a une durée plus ou moins longue; quand elle est très bénigne, elle peut se terminer en quatre ou six jours, mais pour peu qu'elle soit grave, elle se prolonge pendant au moins deux septénaires et quelquefois au-delà. Il n'y a pourtant pas toujours un rapport exact entre la gravité de la maladie et sa durée; il n'est pas rare, en effet, de voir des stomatites mercurielles de médiocre intensité produire pendant plusieurs mois une salivation abondante qui épuise les malades. Ces ptyalismes mercuriels à marche chronique sont presque toujours entretenus par quelques altérations de la muqueuse qui est gonflée, saignante, ulcérée dans quelques points; cependant chez un petit nombre les parties molles semblent être revenues à leur état physiologique, elles sont alors plutôt pâles que rouges, on dirait qu'il n'existe dans ces cas qu'une simple habitude de sécrétion morbide. Le plus souvent la guérison une fois survenue est définitive; cependant quelques personnes conservent un état de susceptibilité de la muqueuse buccale qui se gonfle et s'ulcère facilement, chez d'autres les dents se carient ou tombent avant l'âge spontanément et sans être gâtées.

Diagnostic. — Le diagnostic de la stomatite mercurielle n'est jamais difficile; la puanteur toute particulière de la bouche serait à elle seule un caractère pathognomique. On a prétendu pourtant qu'il est quelquefois difficile et même impossible de distinguer les ulcérations mercurielles de celles qui sont produites par le virus syphilitique. Cependant nous pensons que la distinction est facile, car les premières occupent la face interne des joues et correspondent communément à la saillie des dents; les autres sont ordinairement situées sur le pharynx et les amygdales, ou à la face supérieure de la langue, quelquefois aux lèvres; celles-ci sont arrondies, à fond grisâtre; leurs bords sont taillés à pic, tandis que les ulcérations mercurielles sont superficielles, irrégulières, couvertes de concrétions membraneuses.

Pronostic. — Aujourd'hui le ptyalisme mercuriel compromet rarement la vie, excepté lorsqu'il est trop abondant ou qu'il provoque dans la bouche des destructions considérables. Le pronostic n'est grave que dans ce cas; dans tous les autres on doit le considérer comme une maladie incommode, dégoûtante, souvent rebelle, mais nullement dangereuse.

Etiologie. — Toutes les préparations mercurielles peuvent produire la salivation, mais nulle ne la détermine aussi sûrement et aussi promptement que le calomel. Après lui viennent l'onguent mercuriel en frictions, la pommade citrine (nitrate de mercure), le mercure gommeux de Plenck comme dans les pilules de Belloste, le mercure métallique en vapeur, comme cela arrive quelquefois chez les ouvriers qui travaillent ce métal. On a vu également la salivation survenir chez des individus auxquels on avait administré le mercure métallique; mais pour qu'il ait cet effet toxique, il a besoin de séjourner assez longtemps dans les organes digestifs pour s'y diviser, s'oxider et se transformer en bichlorure de mercure (Orfila). La facilité avec laquelle la salivation est produite varie beaucoup chez les divers individus; il en est, en effet, qui résistent aux mercuriaux sous quelque forme et à quelque dose qu'on les administre, tandis que d'autres ont une susceptibilité telle qu'une petite friction d'onguent napolitain, ou une cautérisation avec le nitrate de mercure, ou l'administration de 15 ou 25 cent. de calomel, déterminent une abondante salivation. Une température froide, l'habitation des lieux humides, une constitution molle, le peu d'activité des principales sécrétions et surtout de la transpiration cutanée, sont les circonstances qui favorisent le plus souvent le développement de la stomatite mercurielle.

Traitement. — Dès les premiers indices de salivation, il faut suspendre l'emploi des mercuriaux: on prescrit alors des pédiluves irritants; on établit une forte révulsion sur le tube digestif à l'aide de purgatifs un peu énergiques, comme l'huile de croton (1 à 3 gouttes); en outre le malade conservera dans sa bouche un liquide émollient, mucilagineux. Les moyens abortifs, tels que la glace et divers collutoires astringents, préconisés par quelques personnes, n'ont pas ordinairement l'effet qu'on leur attribue. Nous en dirons autant de plusieurs médicaments donnés dans la pensée de neutraliser le mercure, tels que les acides sulfurique, nitrique, l'iode et les chlorures, l'or, le soufre, les sulfures de chaux ou de magnésie, substances qui toutes sont inutiles, et dont la plupart même sont plutôt nuisibles. L'acide chlorhydrique, au contraire, est un médicament qui jouit d'une véritable efficacité; car, employé au début de la stomatite, il l'a fait souvent avorter. Pour obtenir ce résultat, on touche les gencives et la portion de la muqueuse qui commence à se boursoufler avec un pinceau de charpie trempé dans de l'acide chlorhydrique pur, en ayant soin d'essuyer les dents lorsque l'acide les a touchées. Cette cautérisation superficielle, qui sera répétée deux ou trois fois, change le mode d'inflammation de la muqueuse et épargne presque toujours au malade les désagréments et souvent les dangers de la salivation, pourvu toutefois qu'elle soit faite dès le début. Cette pratique a été surtout conseillée dans ces derniers temps par M. Ricord, et plus récemment par M. Baumès de Lyon. Je la crois généralement

bonne, et ne partage nullement contre elle les préventions d'un honorable et habile médecin, M. Requin, qui paraît vouloir la proscrire pour donner la préférence aux simples astringents.

Lorsque la cautérisation échoue, ou bien lorsqu'on ne peut l'employer à cause de la violence des symptômes inflammatoires, on devra insister sur les antiphlogistiques : ainsi la fréquence et la force du pouls pourront nécessiter une ou deux saignées générales ; le plus souvent il suffira de faire une ou plusieurs applications de sangsues sous la mâchoire inférieure. Ces parties seront couvertes de cataplasmes émollients ; on prescrira des gargarismes mucilagineux, des bains tièdes, et les moyens révulsifs précédemment indiqués ; enfin on donnera l'opium pour calmer les souffrances, mais non dans l'espoir d'agir directement, comme on l'a cru, sur la maladie elle-même. Lorsque les symptômes inflammatoires se sont modérés, on rendra les collutoires astringents par l'addition du miel rosat et du sous-acétate de plomb, qu'on élèvera successivement à la dose de 8 ou 12 grammes, ou de l'alun (50 à 80 grammes par litre de véhicule), ou bien en portant trois ou quatre fois par jour avec le doigt sur les gencives de l'alun pulvérisé, ainsi que le conseille M. Velpeau. On continue les moyens révulsifs, et on excite les principales sécrétions, et notamment la transpiration, par l'emploi des bains de vapeur. La persistance des ulcérations exige souvent qu'on les cautérise avec le nitrate d'argent ou l'acide chlorhydrique ; mais comme elles persistent souvent par suite de la pression des dents, on devra, d'après le conseil de M. Ricord, couvrir celles-ci de pâtes molles préparées avec la guimauve et l'opium, ou chargées de chlorure de soude. Cette précaution suffit souvent à elle seule pour guérir des ulcérations qui avaient résisté à tous les autres moyens. Il est inutile de dire que quand la maladie est très aiguë, il faut soumettre les malades à une diète rigoureuse ; plus tard, quand l'inflammation se modère, on donne du lait, du bouillon, des potages, des bouillies, des gelées, ou tout aliment qui ne nécessite pas d'efforts de mastication.

Nature. — Beaucoup de médecins, même encore de nos jours, regardent la stomatite mercurielle comme une maladie des glandes salivaires, et spécialement des parotides ; mais il suffit d'avoir lu avec quelque attention la description précédente pour être convaincu que ce qu'on nomme vulgairement la *salivation mercurielle*, n'est autre qu'une variété de la stomatite. L'inflammation des glandes salivaires ne constitue jamais le phénomène prédominant ; il est toujours consécutif. La supersécrétion de la salive qu'on observe dépend d'ailleurs bien moins d'une action directe que le mercure exercerait sur les glandes salivaires, que de l'inflammation de la muqueuse buccale, qui agit sympathiquement sur elles, en vertu de cette loi qui veut que la plupart des sécrétions soient augmentées lorsqu'une phlegmasie existe à l'extrémité d'un

conduit excréteur. Ajoutons enfin que le fluide qui s'échappe de la bouche est en grande partie fourni par les follicules de la muqueuse. Quoi qu'il en soit, il est probable que le mercure agit directement sur la membrane et qu'il est éliminé par la sécrétion dont celle-ci est le siége; c'est ce que prouve la saveur métallique toute particulière que les malades éprouvent. La présence du métal a d'ailleurs été démontrée chimiquement par Gmelin. (Voir le journal *l'Expérience* de 1837.)

DE LA GLOSSITE.

La glossite, ou inflammation de la langue, peut n'occuper que la membrane muqueuse; d'autres fois elle envahit primitivement ou consécutivement le tissu même de l'organe; de là la distinction de la glossite en *superficielle* et en *profonde*.

Symptômes, *marche*, *terminaisons*. — La glossite superficielle peut être caractérisée par les diverses altérations qu'on rencontre dans les variétés de stomatite que nous venons d'étudier. C'est ainsi que nous avons vu le muguet commencer presque toujours par la langue. On voit également cet organe être fréquemment le siége d'aphthes, de productions membraneuses et d'ulcérations diverses. Mais il est une forme particulière de glossite superficielle dans laquelle il existe à peine une très légère tuméfaction de la langue, dont la surface, rouge, sèche, entièrement dépouillée de l'épithélium, laisse à nu les papilles saillantes, ce qui explique la douleur cuisante que le contact des substances les plus douces excite. Le goût est en même temps perverti, altéré; la parole est difficile; les ganglions du cou sont fréquemment tuméfiés et douloureux. Souvent aussi il existe des troubles primitifs ou sympathiques du côté des organes digestifs. Cette espèce de glossite a presque toujours une heureuse terminaison; cependant on l'a vue quelquefois être suivie de gangrène.

D'autres fois l'inflammation semble n'affecter que l'appareil folliculaire, surtout de la base de l'organe : c'est cette forme de glossite que M. Requin désigne sous le nom de *papillaire*. Les papilles, rouges, dures et saillantes, déterminent alors un sentiment de chaleur, de picotements, qui augmentent et deviennent insupportables pour peu que les aliments soient sapides. Comme M. Requin, je n'ai rencontré cette forme de glossite que chez des femmes nerveuses, hystériques; elle est ordinairement très opiniâtre.

Dans la glossite profonde ou parenchymateuse, les symptômes sont bien autrement graves : en quelques heures, on voit la langue acquérir un volume tellement considérable et souvent tellement énorme, qu'après avoir rempli toute la bouche elle sort en partie au-dehors, tandis que sa base fait saillie vers le pharynx, et repousse l'épiglotte, ce qui

produit fréquemment des accidents d'asphyxie. On conçoit aussi que dans ces cas la déglutition et l'articulation des sons soient devenues impossibles. Enfin la circulation cérébrale éprouve elle-même une gêne extrême par suite de la compression des vaisseaux du cou : c'est ce qui explique les symptômes apoplectiques que quelques malades présentent ; la face est alors bouffie, bleuâtre ; la partie de langue qui sort de la bouche est tendue, rouge ou violacée. Les symptômes généraux sont en raison directe de l'intensité de la phlegmasie et du trouble des fonctions respiratoires.

Cette glossite peut se terminer par résolution, par suppuration ou par gangrène ; la mort peut être l'effet de ces deux derniers modes de terminaison ; d'autres fois elle est le résultat de l'asphyxie : celle-ci arrive alors à une époque encore peu avancée, c'est-à-dire au bout de trente-six ou quarante-huit heures.

Diagnostic et pronostic. — D'après ce que je viens de dire, il est évident que le diagnostic de la glossite est toujours facile. On doit également juger combien le pronostic doit être grave lorsque l'inflammation occupe les tissus cellulaires et charnus de l'organe.

Etiologie. — La glossite superficielle reconnaît ordinairement les mêmes causes que la stomatite. Un habile médecin de Rennes, M. Toulmouche, a signalé comme une cause fréquente de glossite ou plutôt de glosso-stomatite, l'habitude vicieuse des fileuses de chanvre qui, se servent de leur salive pour façonner le fil, et ne cessent de toucher avec leur langue la filasse et leurs doigts ; aussi voit-on l'inflammation commencer ordinairement par les papilles. La glossite profonde paraît être rarement primitive : elle est quelquefois produite par une blessure de l'organe, plus souvent elle est l'effet de l'action du mercure ; elle accompagne souvent la stomatite mercurielle, parfois elle se déclare comme lésion secondaire dans certaines fièvres graves.

Traitement. — La glossite profonde exige un traitement extrêmement énergique : ainsi on devra pratiquer une ou plusieurs saignées larges ; on mettra un grand nombre de sangsues sous la mâchoire inférieure, on insistera sur les révulsifs cutanés et les lavements. Enfin, si les accidents sont tellement intenses que le malade soit menacé de suffoquer par le volume excessif de la langue, il faut pratiquer une scarification profonde dans toute la longueur de l'organe ; cette opération amène souvent un dégorgement très rapide. La glossite superficielle exige l'emploi de collutoires mucilagineux, puis légèrement résolutifs dès que l'inflammation commence à s'éteindre.

DES ANGINES.

Le mot *angine* (de αγχω, j'étrangle) servait à désigner, dans le langage des anciens médecins, toutes les difficultés d'avaler ou de respirer

produites par une cause placée au-dessus du poumon ou de l'estomac. Mais aujourd'hui cette expression n'est guère usitée que pour dénommer les phlegmasies des membranes muqueuses comprises entre l'arrière-bouche, le cardia et l'origine des bronches.

Les angines ont reçu des noms particuliers suivant leur siége spécial et leur mode de terminaison, leur nature et l'espèce d'altération qui les constitue. Les principales sont : les angines gutturale, tonsillaire, pharyngée, œsophagienne, laryngée, trachéale, œdémateuse, et pseudo-membraneuse; la plupart de ces angines existent à l'état aigu ou chronique; d'autres ont une marche toujours aiguë. Nous ne devrons nous occuper ici que des angines qui occupent le pharynx ou l'œsophage, renvoyant l'étude des autres quand nous traiterons des phlegmasies de l'arbre aérien.

DE L'ANGINE GUTTURALE ET DE L'ANGINE PHARYNGÉE AIGUES.

Dans l'angine gutturale, l'inflammation occupe la muqueuse qui tapisse l'isthme du gosier, le voile du palais, ses piliers, la luette, ainsi que les amygdales.

Symptômes de l'angine gutturale. — Survenant ordinairement sans prodromes, les malades éprouvent dès le début un peu de douleur, et un sentiment de sécheresse dans la gorge; la déglutition est difficile, et la voix offre souvent un timbre nasonné. Si, plaçant le malade en face d'une croisée ou d'une lumière, on lui fait ouvrir la bouche pour voir les parties affectées, on trouve celles-ci à peine tuméfiées; mais la membrane muqueuse est rouge, luisante et sèche; plus tard elle est baignée par un mucus filant, qui parfois se condense et forme une couche grisâtre surtout sur les amygdales. Quelques malades éprouvent un besoin presque continuel d'avaler, et qui est expliqué surtout par le gonflement et l'allongement de la luette qui vient chatouiller la base de la langue, et détermine quelquefois aussi des nausées et des vomissements. Dans la plupart des cas, les malades ont un goût fade et amer, et presque toujours leur haleine est désagréable ou fétide. L'appétit est rarement intact; le plus souvent il est diminué ou perdu; il existe de la soif, de la constipation ou de la diarrhée; enfin si l'inflammation est vive, il survient un appareil fébrile ayant presque toujours fort peu d'intensité. Après s'être accrus pendant un, deux ou trois jours, les accidents diminuent bientôt d'intensité, et la maladie se termine par résolution. On cite pourtant quelques cas assez rares où la suppuration s'est formée dans la luette ou le voile du palais, ce qu'on reconnaît au volume de ces parties, et à leur coloration bleuâtre ou blanchâtre; d'ailleurs en portant sur elle l'extrémité du doigt, on sent la fluctuation, et cette simple pression suffit souvent pour pro-

voquer la rupture du petit abcès. D'autres fois celle-ci s'opère par des efforts de vomissements et de toux.

Symptômes de l'angine pharyngée. — Comme son nom l'indique, dans l'angine pharyngée, l'inflammation occupe la membrane muqueuse du pharynx; mais les symptômes sont différents, suivant que la phlegmasie affecte cette portion supérieure du pharynx qu'on voit lorsqu'on ouvre la bouche, ou bien la partie inférieure de cet organe, et qui est inaccessible à la vue. Dans le premier cas, il y a un sentiment d'ardeur, de cuisson et de sécheresse dans la gorge ;la muqueuse est rouge, sèche, luisante ou tapissée par un mucus grisâtre, très adhérent. La déglutition est moins pénible que dans l'angine gutturale; on n'observe pas non plus, comme dans celle-ci, ni le nasonnement ni le besoin d'avaler. Mais les malades sont tourmentés par une *toux gutturale*, qui finit par provoquer, après quelques efforts, l'expulsion d'un mucus tenace qui tapisse la paroi postérieure du pharynx.

Lorsque l'inflammation occupe la partie inférieure du pharynx, les malades rapportent la difficulté et la douleur qu'ils éprouvent en avalant au niveau de l'ouverture supérieure du larynx. Il semble à quelques uns que le bol alimentaire subit dans ce point un temps d'arrêt. Les mouvements imprimés au larynx, ou la pression sur les parties latérales du cou, augmentent souvent les souffrances. L'inspection de la gorge, même en déprimant fortement la langue, ne peut laisser apercevoir les parties affectées. Cependant, dans quelques cas rares où l'inflammation se propage à l'épiglotte, on parvient, en déprimant fortement la base de la langue, à apercevoir cet organe, qui est d'un rouge intense, et qui ressemble par sa couleur et son volume à une cerise offrant à son centre une dépression longitudinale.

L'angine pharyngée excite rarement de la fièvre; elle se termine toujours par résolution, après une durée qui varie de un jour jusqu'à plusieurs semaines; d'autres fois elle passe à l'état chronique. Ses récidives sont très fréquentes.

Diagnostic. — Les symptômes, et surtout l'inspection des parties, permettront toujours de reconnaître les angines gutturale et pharyngée. Chez les enfants naissants, il faut éviter pourtant de prendre pour une inflammation la rougeur naturelle de la gorge, qui existe souvent chez eux pendant les dix ou douze premiers jours; mais on la distingue de celle qui est inflammatoire, parce qu'elle n'excite jamais de fièvre, et qu'elle ne s'accompagne d'aucune gêne appréciable dans la déglutition.

Pronostic. — Le pronostic n'est jamais grave.

Étiologie. — Les angines pharyngées et gutturales sont surtout communes chez les enfants et les jeunes gens; elles sont fréquentes au printemps; elles sont souvent provoquées par l'action des vapeurs irritantes, par le contact de corps trop chauds ou trop froids. Mais leurs causes les

plus communes sont les perturbations atmosphériques et le refroidissement du corps : aussi règnent-elles souvent épidémiquement.

Traitement. — L'usage de boissons douces, de gargarismes émollients, de quelques pédiluves irritants, et d'un laxatif, sont les seuls moyens actifs de traitement à opposer à l'angine gutturale et pharyngée. Il est inutile de dire que ces moyens devront être secondés par le repos au milieu d'une température uniforme, et par la diète, s'il y avait de la fièvre. Dans ce dernier cas, une saignée pourrait même être utile. Enfin, on combattra par une médication appropriée les complications qui pourraient exister. La plus fréquente est un embarras gastrique, qui nécessitera l'emploi d'un vomitif. On a encore préconisé, dès la période la plus aiguë, les astringents, notamment de l'alun ; mais nous parlerons de l'usage de ces médicaments quand nous traiterons de l'amygdalite.

ANGINES GUTTURALE ET PHARYNGÉE CHRONIQUES.

Les angines gutturale et pharyngée peuvent être chroniques. Cet état est tantôt primitif, et tantôt consécutif à la forme aiguë.

L'angine gutturale ou pharyngée chronique est caractérisée par une coloration violacée, bleuâtre, de la membrane muqueuse, qui offre souvent un pointillé rouge et un mamelonnement d'un rouge pâle ou bleuâtre, surtout marqué à la paroi postérieure du pharynx. En même temps, les malades accusent de l'ardeur dans la gorge, et un sentiment de sécheresse dans cette partie. La déglutition est difficile, douloureuse, surtout le matin ou au commencement de chaque repas. Tous ces accidents augmentent après les excès d'intempérance ou les changements atmosphériques. Les angines gutturale et pharyngée peuvent durer indéfiniment, comme plusieurs mois ou des années entières. Elles passent de temps en temps à l'état aigu, et c'est parfois à la suite de ces recrudescences que la maladie se termine définitivement par résolution.

A cette forme de la maladie, on opposera l'emploi des gargarismes astringents, et de l'alun en poudre. Si la surface est mamelonnée, granulée, il convient de la toucher légèrement avec le crayon d'azotate d'argent ou avec l'acide chlorhydrique pur. Enfin, on insistera sur les purgatifs, et on donnera quelques bains de vapeur, dans le but d'opérer une forte révulsion du côté de la peau.

DE L'AMYGDALITE OU ANGINE TONSILLAIRE.

Synonymie. — Esquinancie, inflammation des amygdales.

L'amygdalite, ou l'inflammation des amygdales, est caractérisée par le gonflement, la dureté, la rougeur de ces glandes, s'accompagnant de chaleur, de sécheresse à la gorge et d'une difficulté plus ou moins grande

dans la déglutition. L'amygdalite peut exister à l'état aigu ou à l'état chronique.

Anatomie pathologique. — Dans les cas rares où on examine anatomiquement les amygdales enflammées, on trouve leur volume augmenté, leur surface rouge, injectée. La muqueuse, épaissie et friable, est parfois recouverte par des fausses membranes. Les cryptes, dont l'agglomération semble constituer l'amygdale, sont tuméfiés, et de leur orifice très distinct, on fait suinter par la pression un fluide visqueux rougeâtre, ou bien leur cavité est remplie par de fausses membranes ou par une matière sébacée concrète, qu'on enuclée facilement et qui exhale une odeur fétide. Mais ordinairement la phlegmasie atteignant simultanément le tissu cellulaire sous-muqueux et interfolliculaire, on trouve le tissu de la glande induré, friable, et souvent il existe dans son épaisseur des abcès simples ou multiples. Enfin, plus rarement, tout le tissu de l'organe est bleuâtre, ramolli, évidemment mortifié. A l'état chronique, l'amygdalite est anatomiquement caractérisée par l'induration et l'augmentation de volume de l'amygdale. Le tissu cellulaire est épaissi et induré ; les follicules sont hypertrophiés, leurs cavités sont plus larges, leur orifice est dilaté, et ils contiennent une matière sébacée ayant la consistance et l'odeur du fromage pourri. Dans la forme aiguë, on trouve souvent que la phlegmasie s'est propagée au larynx ou tout au moins à l'épiglotte, qui est dure, arrondie, bleuâtre ou rouge, et ressemblant, comme nous l'avons dit, à une grosse cerise.

Symptômes. — L'amygdalite débute ordinairement sans prodromes ou après des prodromes légers : ainsi les malades accusent une sensation de chaleur et de sécheresse à la gorge, de la gêne et de la douleur en avalant ; bientôt ces symptômes augmentent, la douleur s'exaspère par la pression exercée extérieurement, la sécrétion salivaire devenue plus abondante, et l'augmentation dans le volume des amygdales, provoquent des mouvements fréquents de déglutition, marqués par des grimaces, des contorsions dans la face, en raison de la douleur plus ou moins vive ressentie par les malades. A un degré plus avancé, la déglutition peut même devenir tout-à-fait impossible ; dans ces cas, les boissons ne franchissent pas l'isthme du gosier, et si une portion du liquide arrive au pharynx, il excite fréquemment les contractions spasmodiques de l'organe, ce qui les fait refluer par la bouche ou les narines. Presque tous ces malades éprouvent une toux gutturale très pénible, qui augmente beaucoup les souffrances, et on les voit, après un plus ou moins grand nombre de secousses douloureuses, finir par rejeter des mucosités visqueuses, opaques ou jaunâtres, sécrétées par la membrane muqueuse enflammée. La bouche, dans cette affection, exhale une odeur désagréable ; la voix est enrouée, et dans la plupart des cas elle est étouffée et semble se passer uniquement dans la gorge. L'exploration de

cette partie montre que les amygdales sont plus volumineuses ; elles se dessinent sous forme de deux tumeurs rouges et dures, qui obstruent plus ou moins complétement l'isthme du gosier, et ne sont souvent séparées l'une de l'autre que par le voile du palais, qui est rouge, enflé, et qu'elles repoussent en avant, ainsi que les piliers antérieurs. On rencontre parfois sur les surfaces des concrétions jaunâtres, irrégulières, qui y adhèrent plus ou moins intimement. L'exsudation, comme nous l'avons vu, est pultacée, et blanchâtre, dans l'amygdalite qui accompagne la plupart des scarlatines. Le plus souvent les deux amygdales sont d'un volume inégal ; quelquefois il n'y en a qu'une seule qui forme saillie, et elle dévie alors la luette du côté opposé. Cette exploration n'est pas toujours facile ; car il arrive assez souvent que les malades ne peuvent desserrer les mâchoires, à cause de l'extension de la phlegmasie à toutes les parties voisines, et parce que les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux. On voit aussi la plupart des malades éprouver une douleur plus ou moins vive dans une oreille ou dans les deux à la fois, lorsque la phlegmasie a gagné l'orifice pharyngien des trompes d'Eustache. Cette douleur, que l'on calme souvent par la pression qu'on exerce sur l'oreille avec la paume de la main, est tantôt constante, tantôt elle est ressentie seulement pendant l'acte de la déglutition ; elle s'accompagne fréquemment de bourdonnement, de dureté de l'ouïe, de surdité complète, ou bien d'une crépitation particulière. Pour peu que l'amygdalite ait une certaine intensité, elle produit un état de malaise, de la céphalalgie et une fièvre plus ou moins vive ; la langue est blanche, la bouche pâteuse ; il y a de la soif, de l'inappétence ; très fréquemment on observe l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'état bilieux ou gastrique. Quelques malades pourtant, quoique assez fortement attaqués, n'ont pas de fièvre et conservent leur appétit, mais ils ne peuvent le satisaire; chez d'autres, la douleur n'est vive qu'au commencement du repas, mais souvent ils le terminent avec peu de souffrance, ce qu'on peut expliquer, peut-être, en disant que les premiers aliments ont agrandi le passage en le déblayant des mucosités qui l'obstruaient, et ont habitué les parties enflammées au contact des corps étrangers. Les symptômes locaux que je viens de décrire, comme la douleur de gorge et d'oreilles, la difficulté d'avaler, etc., n'existent que d'un seul côté lorsque l'inflammation n'envahit qu'une des amygdales. Les symptômes offrent une intensité variable, suivant l'étendue ou la gravité de la phlegmasie, et le volume que les amygdales acquièrent. Ainsi nous venons de voir que l'amygdalite pouvait exister presque sans déranger la santé générale, tandis que d'autres fois elle s'accompagne des accidents les plus graves. C'est ainsi que, lorsque les tonsilles sont tellement grosses qu'elles se touchent par leur rebord interne, de manière à mettre un obstacle insurmontable à l'entrée de l'air, les malades sont dans un état d'anxiété

extrême; la respiration est fréquente, gênée, l'hématose incomplète, la face vultueuse, bleuâtre, les yeux sont saillants ; enfin la mort survient, soit avec des symptômes d'asphyxie, soit avec ceux d'une congestion cérébrale. Une pareille terminaison est d'ailleurs très rare.

Marche, terminaisons, durée. — L'amygdalite a une marche généralement assez rapide. L'inflammation occupe le plus souvent les deux amygdales simultanément, mais avec une inégale intensité; quelquefois une seule est atteinte, et ce n'est qu'au bout de plusieurs jours, ou même lorsque la résolution s'opère, que la glande congénère s'affecte elle-même : la maladie reste bornée à une seule des amygdales à peine dans un neuvième des cas. Quoi qu'il en soit, du quatrième au cinquième jour, la maladie a généralement acquis son maximum d'intensité; puis après être restée quelques jours stationnaire, elle décline aussi. La déglutition est moins pénible; la voix reprend son timbre; le mucus qui lubrifie les parties phlogosées est plus épais; il est opaque, jaunâtre, se détache avec peu d'efforts, et cette expulsion s'accompagne de soulagement. En même temps, les amygdales diminuent de volume, la couleur rouge s'éteint : on dit alors que la maladie s'est terminée par *résolution*. Cependant, dans la plupart des cas, les douleurs et la dysphagie ont complétement cédé que la gorge conserve encore de la rougeur, et les amygdales une augmentation notable de leur volume. Ce n'est souvent qu'au bout d'un temps fort long qu'elles reviennent à leur état primitif. La résolution est la terminaison presque ordinaire de la maladie; ce n'est, en effet, qu'exceptionnellement qu'on observe la suppuration. Lorsque celle-ci survient, les symptômes inflammatoires arrivent à leur summum d'intensité, le gonflement est considérable, puis les douleurs se calment : de lancinantes qu'elles étaient, elles deviennent gravatives; bientôt on voit un point de l'amygdale qui s'acumine et qui blanchit; en y portant le doigt, on a la sensation d'une mollesse fluctuante, et alors la moindre pression suffit pour rompre les parois de l'abcès. Cette évacuation est souvent spontanée; plus ordinairement elle est provoquée par les secousses de la toux ou du vomissement. Les malades sentent tout-à-coup leur bouche s'humecter, et en crachant ils s'aperçoivent qu'ils rejettent un pus phlegmoneux ou rougeâtre, inodore ou très fétide. La quantité de pus peut être assez considérable pour provoquer quelquefois par son irruption soudaine des accidents de suffocation. D'autres fois, au contraire, soit que le pus existe en petite quantité, soit qu'il s'écoule par un simple pertuis, l'ouverture de l'abcès pourrait passer inaperçue, si le goût désagréable que les malades éprouvent et l'odeur fétide qu'ils exhalent ne fixaient l'attention. En général, les symptômes diminuent promptement, sans que pour cela on observe un affaissement proportionné dans le volume des tumeurs. L'abcès des amygdales s'ouvre à peu près constamment dans la bouche : on ne cite, en effet, que

quelques cas fort rares où il soit venu proéminer au-dehors. On l'a même vu quelquefois décoller largement les muscles du cou et fuser jusque dans la poitrine, en suivant la gaîne des vaisseaux. Il est peut-être tout aussi rare de voir l'amygdalite être suivie de gangrène. Cette terminaison est caractérisée par l'odeur fétide, la lividité et la couleur brunâtre de l'amygdale, qui se détache sous forme de détritus. C'est après ce mode de terminaison, comme après la rupture de l'abcès, qu'on observe surtout des ulcérations profondes de l'amygdale, ulcérations qui ne sont presque jamais primitives, excepté lorsqu'elles dépendent d'une infection vénérienne. Enfin, l'amygdalite peut passer à l'état chronique : c'est la terminaison par induration. Dans ce cas, les amygdales sont plus ou moins volumineuses et dures; la déglutition est habituellement gênée; la voix est moins parfaite; elle est parfois naturelle; l'ouïe est dure; l'haleine est très fétide, surtout au moment du réveil. Enfin, les malades éprouvent plusieurs fois l'année des récidives, c'est-à-dire que leur maladie passe momentanément à l'état aigu. Cette forme se rencontre surtout fréquemment chez les enfants, et Dupuytren la regardait comme occasionnant chez les jeunes sujets cette déformation du thorax consistant dans le rétrécissement de la paroi antérieure, le bombement du dos et l'aplatissement des côtes : ce qu'il expliquait par les efforts des muscles inspirateurs, en raison de l'obstacle que des amygdales volumineuses opposent à la respiration. Mais ces idées du grand chirurgien n'ont pas été confirmées par l'observation et l'étude comparative des faits.

L'amygdalite a une durée moyenne de huit à dix jours; il n'est pas rare pourtant qu'elle se prolonge jusqu'à la fin du premier septénaire; elle peut même dépasser le troisième; mais il y a eu parfois des récrudescences. L'amygdalite est une des maladies dont la récidive est la plus fréquente, surtout chez certains individus.

Diagnostic et pronostic. — Il est inutile d'insister ici sur le diagnostic de l'amygdalite, car il ne peut jamais offrir de difficulté. Le pronostic n'est grave que lorsque la fièvre est intense, qu'il existe des symptômes de congestion cérébrale ou des accidents de suffocation. La gangrène est aussi une circonstance toujours fâcheuse.

Etiologie. — L'amygdalite, rare chez les nouveaux-nés, est commune dans la deuxième enfance; mais elle acquiert son maximum de fréquence de quinze à trente ans; elle est rare après quarante. Les deux sexes y sont également prédisposés; mais on ignore l'influence que les tempéraments exercent. Plus commune au printemps et à l'automme, elle reconnaît les mêmes causes occasionnelles que l'angine gutturale et pharyngée; plus souvent encore que celle-ci, elle règne épidémiquement. Il est inutile de rappeler que l'amygdalite survient fréquemment dans le cours de la scarlatine, quelquefois dans la rougeole et dans certaines épidémies d'oreillons, etc.

Traitement. — Dans la grande majorité des cas, l'amygdalite cède à l'emploi d'une médication peu énergique, telle que nous l'avons déjà indiquée pour l'angine gutturale. Cependant lorsqu'il y a de la fièvre, lorsque la douleur est très vive et que les amygdales ont acquis un volume considérable, on devra pratiquer une ou même plusieurs saignées générales : ces dernières sont préférables aux saignées locales, telles que des sangsues appliquées autour du cou, car celles-ci soulagent moins promptement et moins complétement que les premières. Pourtant dans les angines graves où la suffocation est imminente, on devrait combiner ces deux espèces de moyens. Il faudra employer aussi concurremment la révulsion extérieure par des sinapismes, et la révulsion à l'intérieur par des lavements purgatifs, ou, mieux encore, par l'administration d'un éméto-cathartique, si la déglutition était encore possible. Ce moyen est utile, non seulement par les effets révulsifs qu'il produit, mais encore par les secousses de vomissement, pendant lesquelles les amygdales sont soumises, par les muscles du pharynx, à une compression énergique qui en exprime les fluides infiltrés et favorise leur résolution. Je ne dirai rien des sangsues appliquées sur les amygdales elles-mêmes ou des scarifications de leur tissu à l'aide de divers instruments; car ces moyens, d'un emploi très difficile, ont le plus souvent des effets contraires à ceux qu'on se propose en les employant.

La forme de la maladie, ses complications et son mode de terminaison, sont aussi la source d'indications précises. Ainsi la réaction inflammatoire forcera souvent le médecin d'insister davantage sur les antiphlogistiques; de même, dans certaines constitutions médicales, presque toutes les angines se compliquant d'un état bilieux, on doit recourir aux émétiques et aux purgatifs. Ces médicaments font non seulement cesser les symptômes gastriques, mais ils exercent encore une influence heureuse très grande, et le plus souvent très rapide, sur la gorge elle-même, comme s'il existait un rapport très intime entre la phlegmasie et la complication survenue du côté des organes digestifs.

Lorsqu'on reconnaît que l'amygdalite s'est terminée par suppuration, il faudra se hâter de donner issue au pus, soit en portant le doigt dans la gorge et en déchirant avec l'ongle le point fluctuant, soit à l'aide d'un bistouri. Enfin chez les sujets pusillanimes, on administrera un vomitif, afin que les secousses qu'il provoque et l'état convulsif du pharynx opèrent la rupture du foyer. Si la gangrène se manifestait, on devrait en rechercher la cause : si elle dépend de la violence de la phlegmasie, les antiphlogistiques sont indiqués; si elle se lie à un état général particulier, on lui opposera des moyens appropriés; on favorisera la chute des escarres, et on modifiera l'état des parties par des lotions et des applications détersives et toniques, comme l'eau vinaigrée ou aiguisée avec l'acide hydrochlorique, les infusions de kina, etc. Ces mêmes

moyens conviennent également contre les ulcérations consécutives, à supposer pourtant qu'elles ne soient pas entretenues par une cause spécifique, comme la syphilis. Souvent on les fera marcher promptement vers la guérison en touchant leur surface avec un caustique.

Les substances astringentes, et particulièrement l'alun, sont généralement administrées vers le déclin de la maladie. On peut alors insuffler l'alun dans la gorge à l'aide d'un tube, ou bien on porte cette substance sur les amygdales avec l'indicateur. L'alun produit communément une diminution rapide dans le volume de l'organe; car, appliqué comme je viens de le dire, il agit non seulement par ses propriétés astringentes, mais encore en excitant des efforts de vomissement et un état de contraction spasmodique des muscles du pharynx, pendant lequel les amygdales sont comprimées. Quelques personnes ont voulu encore étendre l'emploi de l'alun à l'état aigu; mais nous ne croyons pas que cette pratique doive être suivie, ou du moins trop généralisée; car nous avons vu maintes fois l'emploi prématuré de l'alun augmenter les accidents inflammatoires, et prolonger de beaucoup la durée de la maladie.

Les astringents et les révulsifs intestinaux sont les seuls moyens qu'il convient d'opposer à l'amygdalite chronique; mais lorsqu'elle se prolonge indéfiniment et que le tissu des amygdales s'est hypertrophié, il faut recourir à l'extirpation de ces organes.

ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

SYNONYMIE. — Ulcère syriaque; angine couenneuse, gangréneuse, diphthéritique, maligne.

L'angine pseudo-membraneuse est une inflammation occupant communément les amygdales, le voile du palais et ses piliers, se propageant presque toujours au pharynx, souvent dans l'œsophage et à la partie supérieure des tuyaux aériens, et qui est caractérisée, par la formation sur les parties malades, d'une fausse membrane généralement grisâtre, ayant beaucoup de tendance à envahir les parties environnantes; s'accompagnant de la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et d'un appareil de symptômes généraux plus ou moins graves.

Historique. — Sous les noms d'angine maligne, d'ulcère syriaque ou égyptiac, Arétée paraît avoir décrit la maladie dont nous allons traiter. Ses successeurs, cependant, en firent à peine mention, et ce ne fut guère qu'au commencement du XVIIe siècle (1618) que Nola, M. An. Severin, et d'autres médecins espagnols et italiens, la décrivirent de nouveau. Mais les travaux les plus remarquables sont ceux qui furent entrepris, vers le milieu et à la fin du dernier siècle, par Malouin, par Astruc et Chomel, et surtout par Sam. Bard, de New-York, dont les opinions ont été reproduites et commentées avec un grand talent par le

docteur Bretonneau, qui, de tous nos contemporains, est celui qui a le plus éclairé l'histoire de l'angine diphthéritique. C'est peut-être avec raison que le célèbre médecin de Tours a essayé de rapporter à cette maladie tout ce que les anciens avaient dit des angines gangréneuses. Toutefois on aurait tort de contester absolument l'existence de ces dernières; elles sont seulement excessivement rares, et constituent d'ailleurs une affection tout-à-fait distincte de celle dont nous allons parler. (Voir la *classe des gangrènes.*)

Anatomie pathologique. — Comme nous l'avons déjà dit, l'angine couenneuse est anatomiquement caractérisée par une concrétion grisâtre ou blanchâtre, prenant une teinte noirâtre lorsque du sang est exhalé et la pénètre. Elle adhère plus ou moins fortement au corps muqueux, elle est par conséquent subjacente à l'épiderme; mais sur le cadavre on trouve toujours que celui-ci est détruit et que la fausse membrane est en contact immédiat avec l'air. Elle est disposée par plaques irrégulières formant partout une couche à peu près uniforme, d'une épaisseur variable de 1 à 2 millimètres et plus; quelques unes sont composées de plusieurs feuillets superposés, d'autres sont tellement minces qu'elles reflètent la couleur de la muqueuse et passeraient inaperçues si on n'examinait la gorge avec attention. La muqueuse qui la sécrète est rouge, ecchymosée, parfois excoriée, mais jamais mortifiée ni ulcérée. Il existe pourtant des points déprimés et qui simulent des ulcérations; mais cela tient uniquement tantôt au boursouflement de la muqueuse tout autour de la plaque, tantôt au degré d'adhérence de la fausse membrane qui peut produire l'affaissement, le ratatinement de la partie sur laquelle elle se développe; c'est ce qu'on observe notamment sur le voile du palais et les amygdales, qui subissent parfois une véritable atrophie. Dans la plupart des cas qui se terminent par la mort, la fausse membrane a envahi le larynx et souvent encore les fosses nasales; les ganglions sous-maxillaires sont toujours augmentés de volume, rouges, ramollis ou friables, quelquefois suppurés.

MM. Rilliet et Barthez ont encore décrit une forme d'angine pseudo-membraneuse qui, survenant dans le cours d'autres maladies graves, se présenterait avec des caractères particuliers: ainsi la muqueuse serait érodée, ulcérée. Mais je ne vois dans cette angine rien de spécifique; les fausses membranes n'ont aucune tendance à s'étendre et ne ressemblent pas à celles que nous avons vues dans l'angine diphthéritique ordinaire. Rien ne prouve non plus le caractère contagieux de l'affection.

Symptômes. — En général la maladie débute comme une angine ordinaire, sauf pourtant que la douleur est presque toujours moins vive, la déglutition moins gênée et souvent la fièvre moins intense; dans quelques cas pourtant le contraire a lieu. Cette première période est fort courte, car bientôt apparaissent sur les amygdales, sur le voile du palais,

ses piliers et le pharynx des concrétions grisâtres ou d'un blanc jaunâtre, assez luisantes, irrégulièrement circonscrites et dont la formation est précédée de quelque temps par l'augmentation de volume des ganglions sous-maxillaires, qui deviennent douloureux; d'autres fois l'engorgement ganglionnaire a lieu simultanément avec la formation des plaques. On a vu encore, dans quelques cas rares, des oreillons survenir (S. Bard et Bourgeoise). L'état des ganglions est en rapport avec le nombre et l'étendue des concrétions; celles-ci, qui, en quelques heures, peuvent recouvrir toute l'arrière-bouche, sont généralement circonscrites par un cercle rougeâtre ou violacé; elles semblent plus minces à leur circonférence qu'à leur centre, où elles paraissent comme bombées. On en trouve qui sont à demi flottantes, et leur décollement s'opère souvent alors par une exsudation sanguine qui les colore en noir et qui contribue à donner à la bouche et à l'haleine l'odeur fétide et nauséeuse qui, pendant plusieurs siècles, a fait croire à l'existence d'une gangrène. Ces plaques, ainsi détachées, peuvent être remplacées par d'autres qui sont communément plus blanches et plus minces que les premières. L'existence de concrétions aussi étendues s'accompagne d'une vive douleur; quelquefois celle-ci continue à être peu intense, mais la déglutition est extrêmement pénible. Indépendamment des symptômes précédents, on en observe encore d'autres qui indiquent la propagation des fausses membranes dans des parties inaccessibles à la vue. Ainsi, lorsque les fosses nasales, et surtout les cornets, sont envahis par les concrétions, les malades ont des épistaxis et un suintement séro-sanguinolent et très fétide par le nez; de même, lorsque les voies aériennes sont prises, on observe d'abord quelques quintes de toux, une respiration sifflante, une douleur au niveau du larynx et bientôt l'aphonie, etc., enfin les accidents tide suffocation qui caractérisent le croup. Les symptômes généraux et sympathiques qui surviennent bientôt dénotent une maladie grave : ainsi la figure exprime l'abattement et la souffrance; le pouls est fréquent, petit, dépressible; les forces sont prostrées; il y a de la constipation ou une diarrhée fétide et des vomissements bilieux. Enfin, des productions diphthéritiques se forment souvent sur diverses parties du corps, comme dans la conque ou derrière l'oreille, au pourtour du nez, sur le mamelon, les lèvres, à la marge de l'anus, à la vulve et sur les points de la peau qui ont été préalablement excoriés ou ulcérés.

Marche, durée, terminaisons. — L'angine couenneuse a une marche toujours rapide; elle peut avoir une issue funeste dès le troisième ou quatrième jour; mais communément elle ne se termine pas avant la fin du premier ou du deuxième septénaire, et se prolonge quelquefois jusqu'au vingt-cinquième jour. La mort est produite presque toujours par l'extension de la fausse membrane dans le larynx, plus rarement par une pneumonie intercurrente. Lorsque la guérison survient, les symptômes

généraux diminuent d'intensité ; en même temps les plaques se détachent par lambeaux ou bien elles subissent une sorte de ramollissement, et sont alors expulsées par des efforts de toux sous forme d'une bouillie brunâtre et fétide. Le plus souvent elles ne se reproduisent pas, et si elles reparaissent sur quelques points, elles sont moins épaisses et plus blanches que celles de première formation; d'autres fois les fausses membranes, loin de se détacher, deviennent au contraire plus adhérentes, puis elles disparaissent peu à peu soit par une sorte d'usure, soit par absorption. L'engorgement ganglionnaire se résout en même temps ; cependant, si l'inflammation a duré quelque temps, il n'est pas rare que quelques unes de ces tumeurs suppurent; elles constituent alors de véritables bubons.

Diagnostic. — La fausse membrane différencie suffisamment l'angine couenneuse de l'angine et de l'amygdalite simples. Cependant, nous avons dit que dans ces dernières on voyait quelquefois se former de petites concrétions membraniformes; mais elles diffèrent de celles qui surviennent dans l'angine couenneuse, en ce qu'elles sont toujours circonscrites, et qu'elles n'ont aucune tendance à s'étendre. Enfin, les ganglions sous-maxillaires ne sont point ou sont peu développés. Nous croyons inutile d'établir le diagnostic différentiel de l'angine couenneuse d'avec l'angine dite de Fothergill, ou mal de gorge de Huxham, car ces deux affections me semblent identiques : seulement l'angine de Fothergill et de Huxham semble s'être rarement propagée au larynx, et elle coïncidait toujours avec une éruption scarlatineuse anomale.

Pronostic. — L'angine couenneuse est une maladie très grave, surtout à l'état épidémique. La prostration des forces, et surtout les signes indiquant l'extension de la maladie aux voies aériennes, sont du plus fâcheux augure, et annoncent un péril prochain. La maladie est d'autant plus grave que le sujet est plus jeune.

Etiologie. — L'angine couenneuse ne respecte aucun âge ; mais elle sévit surtout dans l'enfance ; les femmes y semblent plus sujettes ; un tempérament lymphatique, une constitution affaiblie, y prédisposent. Commune dans tous les pays, elle y règne de temps en temps d'une manière épidémique. Elle est plus fréquente pendant les saisons humides, et dans les lieux bas et mal aérés ; ces dernières conditions expliquent quelquefois le développement en apparence spontané de la maladie dans des couvents, dans des pensionnats, où elle affecte ordinairement un grand nombre d'individus. Cependant il ne faut pas toujours expliquer l'extension de la maladie à un grand nombre de personnes seulement par l'infection des lieux, mais aussi par un effet contagieux, comme le démontrent d'ailleurs des observations nombreuses recueillies par MM. Bretonneau, Ribes, Trousseau, Bourgeoise, Guersant, etc. La contagion est surtout active dans les temps d'épidémie.

Traitement. — Les révulsifs cutanés, les purgatifs, les boissons douces, les gargarismes et les émissions sanguines, que nous avons conseillés dans l'angine simple, ne constituent, dans la forme couenneuse, que des moyens adjuvants d'une efficacité douteuse. Cependant la saignée peut être utile, et on doit la pratiquer toutes les fois que la réaction fébrile est vive et que l'état du pouls le permet; mais il faut toujours procéder avec prudence, en raison des symptômes adynamiques qui surviennent à une période même peu avancée de la maladie. Peut-être, en raison de cela, devrait-on s'abstenir communément de la saignée générale, et donner la préférence aux saignées locales. Les éméto-cathartiques seront surtout indiqués, car ils sont utiles à la fois et par leur effet révulsif et parce qu'ils provoquent l'expulsion des fausses membranes. Cependant, il n'y a d'autre moyen d'empêcher ces dernières de s'étendre qu'en modifiant l'état des surfaces par la cautérisation. Celle-ci sera pratiquée avec une solution concentrée de nitrate d'argent, ou bien avec l'acide chlorhydrique pur ou mêlé à un tiers ou à un quart de miel rosat. On peut également opérer la cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent solidement fixé, ou bien encore on insufflera de l'alun pulvérisé. Ces cautérisations et ces applications seront plus ou moins fréquentes, suivant le plus ou moins de tendance qu'a la maladie à s'étendre. Après chacune d'elles, et dans leur intervalle, on fera gargariser les malades avec des liquides mucilagineux ou légèrement détersifs, afin de diminuer l'irritation des parties. C'est souvent alors qu'il convient d'administrer les éméto-cathartiques. Si la maladie s'accompagne d'accidents typhoïdes, avec prostration et tendance aux hémorrhagies, on soutiendra les forces par les toniques, parmi lesquels le quinquina tient le premier rang. Si les fausses membranes exhalent une odeur fétide, et si, comme il en existe d'ailleurs un exemple dans l'ouvrage même de M. Bretonneau, il survenait de la gangrène, on toucherait les parties avec un mélange de décoction de quinquina, de miel rosat et de chlorure de chaux.

Nature. — L'angine couenneuse doit être considérée comme une inflammation de nature spécifique. La nature, la marche des accidents et le caractère contagieux de la maladie le prouvent.

DE L'ŒSOPHAGITE OU INFLAMMATION DE L'ŒSOPHAGE.

Caractères anatomiques. — L'inflammation produit dans l'œsophage des altérations tout-à-fait identiques à celles que nous avons rencontrées dans la bouche et le pharynx. C'est ainsi qu'il existe une œsophagite simple, caractérisée par la rougeur, l'épaississement, le ramollissement, l'ulcération de la membrane muqueuse. Le tissu cellulaire subjacent peut être lui-même induré et suppuré. D'autres fois, les follicules s'en-

flamment isolément (*aphthes*), ou bien l'inflammation est surtout caractérisée par une exhalation morbide comme celle du muguet (œsophagite *crémeuse*), ou de la diphthérite (œsophagite *pseudo-membraneuse*). Dans ces cas, les lésions de l'œsophage sont presque toujours consécutives à celles de la bouche et du pharynx. Enfin, l'œsophagite peut exister à l'état chronique; mais sous ce nom on a trop souvent confondu des lésions organiques très diverses : aussi est-il impossible, dans l'état actuel de la science, de tracer ses caractères anatomiques et de préciser les symptômes qui peuvent la faire distinguer.

Symptômes, marche, terminaison. — L'histoire symptomatique de l'œsophagite aiguë est encore très incomplète : cependant voici quels sont, d'après la plupart des auteurs, les principaux phénomènes qui peuvent aider à la faire reconnaître.

Les malades accusent constamment une douleur plus ou moins vive, qui est rapportée à la partie inférieure du pharynx, parfois vers l'épigastre, ou bien au milieu du dos, entre les deux épaules; elle semble occuper parfois toute la longueur de l'œsophage. D'ailleurs le siége de la douleur n'indique pas toujours exactement celui de la lésion. Cette douleur, plus ou moins vive, augmente par la déglutition, et peut devenir intolérable lorsque les aliments ou les boissons sont en contact avec la partie phlogosée. Souvent alors l'œsophage se contracte convulsivement sur eux, et après quelques efforts de vomissement ou plutôt de régurgitation, ces substances sont rejetées par la bouche ou les narines. C'est encore d'après le même mécanisme que la plupart des malades expulsent une certaine quantité de matières glaireuses ou de fausses membranes sécrétées par les surfaces enflammées. L'inflammation ayant souvent pour effet de diminuer notablement le calibre de l'œsophage, il s'ensuit que les aliments subissent souvent à ce niveau un temps d'arrêt dont les malades ont la conscience. Si le rétrécissement est très considérable, les aliments cessent de pouvoir le franchir; ils s'accumulent au-dessus de ce point, et sont rejetés peu de temps après avoir été avalés. Toutefois, de pareils accidents sont excessivement rares dans l'œsophagite aiguë; on ne les observe guère que dans la forme chronique, et plus encore dans les rétrécissements organiques. Quelques malades atteints d'œsophagite ont aussi accusé la sensation d'une boule qui, remontant de l'épigastre, s'arrêtait au niveau du larynx; d'autres, en plus grand nombre, sont tourmentés par des hoquets. En général, nul symptôme de réaction ou sympathique n'accompagne l'œsophagite.

Cette maladie paraît se terminer presque toujours par résolution, rarement par suppuration, presque jamais par gangrène, quelquefois enfin par ulcération ou par induration; on dit alors que la maladie a passé à l'état chronique. Lorsqu'un abcès se forme dans l'œsophage, le pus est évacué par la bouche, ou bien, descendant dans l'estomac, il se

mêle aux matières qui y sont contenues, et est entraîné dans les selles. Les symptômes pouvant indiquer une ulcération de l'œsophage sont encore très incertains. On a cité une douleur plus vive que dans l'œsophagite aiguë, quelquefois de la dysphagie et la régurgitation de matières glaireuses et sanguinolentes. Mais ces accidents, communs à plusieurs maladies de l'œsophage, sont insuffisants, suivant nous, pour indiquer l'existence d'une ulcération et surtout sa nature.

Diagnostic. — Une douleur plus ou moins vive sur le trajet connu de l'œsophage, augmentant par l'ingestion des aliments et des boissons; la difficulté, ou même l'impossibilité que ceux-ci éprouvent pour arriver dans l'estomac, l'expulsion de fausses membranes par des efforts de régurgitation ou de vomissement, et surtout le rejet d'aliments peu altérés presque aussitôt leur ingestion, doivent faire croire à une inflammation de l'œsophage. Mais il est bien rare que la maladie se révèle jamais par des symptômes aussi tranchés : aussi l'œsophagite est-elle presque toujours d'un diagnostic obscur. Il est, par exemple, à peu près impossible d'assigner les symptômes qui, dans le muguet ou l'angine couenneuse, doivent faire présumer l'extension de l'altération dans l'œsophage.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que lorsque l'œsophagite est générale, ou bien lorsqu'elle est phlegmoneuse et qu'elle produit un rétrécissement considérable du conduit, ou bien encore si la maladie se termine par suppuration ou par induration.

Étiologie. — L'œsophagite reconnaît toujours des causes directes, telles que l'ingestion de substances irritantes, corrosives, de boissons bouillantes ou glacées, de corps étrangers à surface inégale; enfin le plus ordinairement la maladie est consécutive à l'inflammation de la muqueuse du pharynx, et elle revêt alors la même forme anatomique que celle de cette dernière.

Traitement. — Si l'œsophagite est peu intense, le traitement doit consister spécialement dans l'emploi de boissons douces mucilagineuses, et dans l'abstinence d'aliments solides. On administrera quelques bains tièdes; enfin on opérera une révulsion sur les extrémités, à l'aide de pédiluves irritants, et surtout avec des lavements purgatifs. Dans la plupart des cas, il convient aussi de tirer du sang. La fièvre est rarement assez intense pour nécessiter la saignée générale; mais des sangsues ou mieux des ventouses seront appliquées utilement sur le trajet de l'œsophage, spécialement au niveau de la douleur. Plus tard, on aura recours aux révulsifs puissants, comme les sinapismes, les frictions ammoniacales, et la vésication le long de la colonne vertébrale ou à la partie inférieure du cou. Ces derniers moyens seront surtout indiqués quand la phlegmasie est devenue chronique. Dans ce dernier cas, on devra même recourir à des révulsifs plus énergiques, tels que cautères ou moxas.

DE LA GASTRITE AIGUE.

On désigne sous le nom de *gastrite* l'inflammation aiguë ou chronique de l'estomac.

Historique et fréquence. — La gastrite est une maladie qui a été signalée dès l'enfance de l'art, et qu'on a regardée comme étant plus ou moins fréquente, suivant le rôle plus ou moins actif que les théories physiologiques de l'époque faisaient jouer à l'estomac. Mais nulle part et dans aucun temps, on n'a exagéré la fréquence de la gastrite, comme nous l'avons vu en France sous le règne éphémère de la doctrine physiologique. On vit alors la gastrite dominer toute la pathologie, puisqu'on lui rapportait non seulement toutes les maladies de l'estomac, mais encore on faisait de l'inflammation de cet organe le point de départ de toutes les autres affections. C'est-à-dire, en un mot, qu'on prétendait rapporter à un travail phlegmasique de la muqueuse stomacale toutes les altérations de circulation, de sécrétion, de nutrition et d'innervation dont l'estomac pouvait être le siége, et même les effets sympathiques si nombreux qu'on observe du côté des voies digestives dans la plupart des maladies. Mais une observation attentive a depuis longtemps fait justice de ces idées, et elle a en outre démontré que cette gastrite aiguë ou chronique, qu'on disait si vulgaire, était une des maladies les plus rares, une de celles dont il était le plus difficile de tracer l'histoire. On sera même peu surpris d'apprendre que les travaux sortis de l'école de Broussais ne sont d'aucune espèce d'utilité pour l'étude que nous allons faire, puisque le mot de gastrite n'a été, dans le langage de ces systématiques, qu'une de ces expressions vagues, indéfinies, par laquelle ils ont confondu les maladies les plus disparates. Ce sera surtout dans les écrits de MM. Louis, Cruveilhier et Andral que nous trouverons les notions les plus exactes sur la gastrite considérée surtout sous le point de vue anatomique. Mais, je le répète, dans l'état actuel de la science, l'inflammation de l'estomac, en tant qu'affection spontanée, est excessivement rare, et personne encore n'a pu en tracer une histoire satisfaisante.

Divisions. — La gastrite est divisée, quant à sa marche, en *aiguë* et en *chronique ;* quant à son étendue, en *générale* et en *partielle.* Enfin, relativement à ses causes, on distingue toujours celle qui est *spontanée*, et celle qui est l'effet de l'introduction d'un poison. Cette dernière sera étudiée à l'occasion des causes qui la produisent. (Voir les empoisonnements.)

Caratères anatomiques de la gastrite aiguë. — Dans la gastrite aiguë générale, on observe communément une diminution plus ou moins considérable dans la capacité de l'estomac. La membrane interne de ce

viscère offre une coloration qui varie depuis le rouge clair jusqu'au brun foncé, et qui est produite par une injection uniforme ou bien disposée par arborisations, par plaques, ou par un pointillé très fin; quelquefois enfin le sang est extravasé entre les tuniques et forme de petites ecchymoses. Mais ces diverses nuances, lors même qu'elles résistent à une macération prolongée, ne sauraient dans aucun cas caractériser à elles seules un travail inflammatoire, puisqu'il est prouvé qu'un obstacle mécanique à la circulation, la pesanteur, le travail de la digestion ou l'abstinence, ou même le simple contact de l'air atmosphérique, peuvent produire le même effet. Ainsi donc, pour déterminer l'existence d'une gastrite sur le cadavre, il faut nécessairement que la membrane muqueuse ait subi certaines modifications dans sa nutrition. C'est ainsi que dans la gastrite réelle on la trouve épaissie, d'autres fois amincie, mais toujours plus friable; plus souvent encore elle est ramollie. Ce ramollissement varie depuis la simple diminution de consistance, différant peu de l'état physiologique, jusqu'à cet état où la muqueuse s'enlève sous forme de bouillie rougeâtre. Les ramollissements rouges sont les seuls qu'on puisse raisonnablement rapporter à l'inflammation; peut-être aussi doit-on rattacher à la même origine ces ramollissements *incolores*, mais entourés de toutes parts par une injection vive. Quant aux ramollissements pulpeux, gélatiniformes, et absolument incolores, qui surviennent dans une foule de circonstances, nous croyons qu'ils ne sauraient caractériser une gastrite, et nous les décrirons plus tard comme constituant une affection distincte. Enfin tout porte également à croire que les ramollissements de la muqueuse gastro-intestinale, qui, d'après les belles recherches de M. Louis, surviennent si fréquemment à la suite de tous les états fébriles un peu prolongés, ne reconnaissent point pour cause immédiate un travail inflammatoire (1). Les ulcérations sont une terminaison fort rare de la gastrite aiguë; lorsqu'elles existent, elles sont généralement petites et peu nombreuses. Enfin, pour terminer, nous

(1) Afin de bien apprécier les lésions cadavériques, il importe de savoir que la muqueuse de l'estomac n'offre pas partout ni la même consistance ni la même épaisseur. On jugera de la consistance de la membrane par la longueur des lambeaux qu'elle fournira. Ainsi, lorsqu'après l'avoir incisée avec le scalpel, on la saisit avec les doigts ou les mors d'une pince, de manière à la détacher, on obtiendra des lambeaux de 3 à 6 centimètres de longueur sur la petite courbure, de 1 centimètre 1/2 à 3 centimètres sur la grande courbure; ils seront d'un 1/2 centimètre à la région pylorique, et de 2 à 9 millimètres à la région splénique. M. Louis, qui a fixé les mesures précédentes, a également apprécié d'une manière rigoureuse l'épaisseur de la muqueuse dans les divers points de l'estomac: ainsi il a trouvé que le long de la grande courbure la muqueuse a une épaisseur de 3/4 de millimètre à 1 millimètre; de 1/3 à 3/4 de millimètre le long de la petite; de 1/4 à 3/5 seulement dans le grand cul-de-sac. Le maximum d'*épaisseur* de la muqueuse est dans la région pylorique. Nous estimons que dans ce point elle est de 1 à 1 millimètre 1/2.

dirons que dans la gastrite, la sécrétion de la membrane muqueuse est modifiée; c'est ainsi qu'on trouve communément les parties phlogosées, tapissées par un mucus consistant, albumineux et souvent rougeâtre. D'autres fois il existe des concrétions crémeuses comme dans le muguet, ou des pseudo-membranes comme dans la diphthérite; mais il est rare que celles-ci s'étendent de la gorge jusque dans l'estomac; presque toujours en effet ces fausses membranes sont consécutives aux gastrites qui succèdent aux empoisonnements par les acides concentrés. (Voir ce mot.) Le tissu cellulaire subjacent à la muqueuse enflammée est quelquefois infiltré de sérosité; plus rarement on y trouve du pus qu'on y a même vu réuni en foyer. Dans ce cas, d'ailleurs excessivement rare, les abcès ont toujours un très petit volume. Telles sont les altérations propres à la gastrite aiguë spontanée. Il existe bien encore quelques autres lésions de nature inflammatoire, mais comme on ne les observe qu'après l'action de certains poisons, nous en renvoyons l'examen à l'article des *Empoisonnements.*

Symptômes, marche. — La gastrite peut débuter brusquement, ou bien être précédée des prodromes ordinaires aux maladies aiguës. Lorsque l'affection est bien caractérisée, les malades accusent une douleur parfois obtuse, mais ordinairement vive, lancinante, siégeant au creux épigastrique, augmentant par la pression, par les mouvements du tronc et souvent par l'ingestion des liquides. Il y a une inappétence complète; les malades sont tourmentés par une soif vive; la langue est couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre; elle est parfois collante et sèche, et souvent rouge à la pointe et à ses bords. Il y a des nausées et des vomissements difficiles, douloureux; ceux-ci sont spontanés, mais l'ingestion de la boisson la plus douce suffit aussi pour les provoquer. Ils sont composés de matières aqueuses, bilieuses, jaunâtres et quelquefois sanguinolentes. En même temps la chaleur du corps s'élève, le pouls est accéléré; il y a de la céphalalgie, de l'insomnie, de la dyspnée et une grande anxiété : mais ces deux derniers symptômes n'existent guère que dans les cas où la gastrite s'accompagne d'une douleur très vive.

La description précédente se rapporte à la gastrite intense, mais survenant en dehors de l'empoisonnement par des substances irritantes. Cependant, dans le plus grand nombre des cas, la maladie offre moins d'intensité; ainsi, la douleur est seulement obtuse, la soif est moins vive, l'appétit n'est pas complétement perdu. Les malades peuvent prendre quelques aliments, mais ils sont rarement digérés; presque toujours ils réveillent des douleurs et finissent par être rejetés par le vomissement, après avoir provoqué des rapports nidoreux. C'est la gastrite *sub-aiguë légère* ou érythémateuse des auteurs.

Comme on vient de le voir, dans la gastrite qui ne dépend pas d'une cause toxique, les symptômes peuvent avoir une certaine intensité;

mais on n'observe pas ces accidents formidables d'adynamie ou d'ataxie, de délire ou de coma, qui, d'après les auteurs de la doctrine physiologique, accompagneraient fréquemment la gastrite intense ou sur-aiguë et spécialement celle qu'on a nommée *phlegmoneuse*, en raison de la propagation de la phlegmasie au tissu cellulaire subjacent. Mais cette forme de la maladie est si rare qu'on en rencontre à peine quelques cas dans le cours de la pratique la plus longue et la plus occupée.

Terminaisons. — Presque toujours la gastrite a une heureuse issue. La résolution est sa terminaison la plus ordinaire. Lorsque celle-ci a lieu, les symptômes déclinent, s'amendent peu à peu; cependant, même après leur cessation complète, l'estomac conserve souvent pendant encore longtemps une grande susceptibilité; les digestions sont douloureuses et difficiles. Quelquefois enfin ce n'est qu'après plusieurs recrudescences de l'état aigu que l'estomac reprend définitivement ses fonctions. Souvent aussi, le malaise se prolongeant indéfiniment, la gastrite passe à l'état chronique. La maladie ne se termine par la mort qu'autant que la phlegmasie a eu pour effet de ramollir et de détruire une grande partie de la muqueuse stomacale, et d'apporter ainsi un obstacle à la nutrition. On conçoit aussi que la mort puisse dépendre d'un péritonite sur-aiguë, par suite de la perforation de l'estomac; mais cette lésion n'est presque jamais l'effet d'une gastrite aiguë simple. Il en est de même de la gangrène, qui reconnaît presque toujours une cause spécifique (pustule maligne, poisons, caustiques, etc.).

Durée. — La gastrite a une durée variable; pour peu qu'elle ait de l'intensité, il est rare que les malades soient rétablis avant la fin du second septénaire, et souvent la convalescence se prolonge pendant un temps fort long et tout-à-fait indéterminé.

Diagnostic. — La gastrite aiguë doit surtout être distinguée du ramollissement atonique de l'estomac, de l'embarras gastrique, de la gastralgie, des vomissements nerveux, de l'hépatite; j'établirai ce diagnostic différentiel, lorsque je traiterai, en particulier, de chacune de ces maladies. Mais on peut résumer ainsi les caractères distinctifs de la gastrite, en disant que dans cette affection il existe une douleur vive à l'épigastre, augmentant par la pression et s'accompagnant d'une soif vive, de nausées, de vomissements et de la non-tolérance des aliments et des boissons. La rougeur de la langue est un phénomène exceptionnel, et qui, d'ailleurs, n'a par lui-même aucune valeur.

Pronostic. — La gastrite spontanée est généralement une maladie peu grave.

Causes. — La plus grande incertitude règne encore sur les causes de la gastrite aiguë. Tout ce qu'on a dit de l'influence du sexe masculin, de l'âge adulte, des climats chauds, de l'alimentation, des excès alcooliques, des émotions morales, etc., comme favorisant la manifes-

tation de la maladie, est loin d'être encore démontré. Dans quelques cas, l'inflammation de l'estomac a succédé à une cause traumatique, comme une plaie, un coup sur l'épigastre, l'introduction d'un corps étranger, ou de substances irritantes et corrosives.

Traitement. — Pour peu que la gastrite soit intense, on devra recourir à une ou plusieurs émissions sanguines; il suffira presque toujours d'appliquer un plus ou moins grand nombre de sangsues à l'épigastre; en même temps on recouvrira cette partie de cataplasmes émollients. Les malades seront plongés dans des bains tièdes très prolongés; on administrera des boissons douces, mucilagineuses, acidules; celles-ci seront prises en très petite quantité à la fois; on les donnera tièdes ou fraîches, ou même tout-à-fait froides, si on parvenait par là à modérer les vomissements. On devrait également ne pas hésiter à prescrire une petite quantité d'opium, si les douleurs étaient trop vives ou si les malades étaient tourmentés par l'insomnie. On ne commencera l'alimentation que lorsque tous les accidents aigus auront été calmés. On débutera toujours par les substances les plus douces, comme le lait, le bouillon de poulet, etc., puis on augmentera en raison directe de la tolérance de l'estomac et des forces digestives. Quelquefois celles-ci sont engourdies; il faut alors les ranimer doucement par l'emploi des eaux gazeuses, des boissons amères et des révulsifs externes, tels que les vésicatoires, les pommades émétisées sur l'épigastre, etc.

DE LA GASTRITE CHRONIQUE.

Caractères anatomiques. — Comme la gastrite aiguë, la gastrite chronique est caractérisée par des changements dans la coloration et la nutrition de la membrane muqueuse. C'est aussi dans la gastrite chronique qu'on voit l'estomac être réduit à un très petit volume, et comparable parfois à celui du gros intestin. La membrane muqueuse est rarement colorée en rouge; le plus souvent elle est grisâtre ardoisée ou brune. Ces colorations sont uniformes, ou bien disposées par zones, par plaques, plus rarement par pointillés, etc.; mais, quelle que soit leur disposition et quelle que soit la nuance de la teinte, on ne peut jamais, d'après ce seul caractère, établir l'existence de la gastrite chronique, car ces colorations se rencontrent fréquemment chez des sujets qui ne présentent aucun trouble du côté des fonctions digestives. D'ailleurs, comme cela résulte surtout des recherches de M. Louis, les diverses colorations de la membrane muqueuse indiquent bien moins une phlegmasie *actuelle* que l'existence d'une inflammation ancienne. Dans la gastrite chronique, indépendamment de ces altérations de couleur, on trouve la membrane muqueuse épaissie, plus consistante, ou bien ramollie, et ce ramollissement coexiste souvent avec un amincissement du

tissu. D'ailleurs l'épaississement, l'atrophie ou l'hypertrophie de la muqueuse, ne peuvent jamais à eux seuls caractériser l'inflammation ; car ces lésions peuvent survenir sous l'influence d'une simple altération de nutrition encore inconnue dans son essence, mais que rien ne démontre avoir son point de départ dans un travail inflammatoire. Il en est de même des tissus subjacents à la muqueuse, et surtout des tuniques celluleuse et musculaire, qu'on a trouvées quelquefois isolément ou simultanément hypertrophiées avec la membrane muqueuse, et dans une étendue plus ou moins considérable. Sans contester que la gastrite chronique puisse produire un pareil effet, il ne faudrait pas néanmoins, en présence d'une semblable altération, et en n'ayant qu'elle comme élément de diagnostic, conclure à l'existence d'une phlegmasie. Il est encore une variété d'hypertrophie de la membrane muqueuse connue sous le nom d'*état mamelonné*, que M. Louis, qui le premier l'a bien décrite, considère comme étant aussi un résultat de l'inflammation. Dans les points où cette lésion existe, la membrane muqueuse présente une foule de saillies plus ou moins arrondies, de 5 à 7 millimètres de diamètre, assez semblables aux bourgeons charnus, mais un peu décolorés, des plaies en suppuration, et séparés les uns des autres par des sillons étroits dans lesquels la muqueuse est légèrement amincie. Cette lésion, rarement générale, occupe surtout la région pylorique et le voisinage de la grande courbure. Je ne crois pas qu'on puisse être encore bien fixé sur sa nature : il est possible que cette altération se développe exclusivement par suite d'un travail inflammatoire ; mais il faut reconnaître alors que la lésion peut persister encore longtemps après que la phlegmasie est éteinte ; car tous les jours nous ouvrons des cadavres chez lesquels cet état mamelonné existe au plus haut degré, bien que pendant la vie on n'ait observé aucun trouble appréciable du côté de l'estomac. J'en conclus donc que l'état mamelonné, coexistant même avec une coloration ardoisée, ne saurait caractériser *sûrement* une gastrite chronique *actuelle ;* mais ces deux altérations sont l'indice ou le vestige d'un travail pathologique antérieur. Indépendamment de cet état mamelonné, la muqueuse stomacale peut présenter encore différentes saillies ou végétations à base large, ou pédiculées, non friables, comme les végétations cancéreuses, et dans lesquelles on reconnaît la texture de la membrane muqueuse hypertrophiée ou devenue fongueuse ; ailleurs c'est l'appareil folliculaire qui, plus développé que de coutume, forme de petites tumeurs arrondies, blanchâtres. Mais ces divers états, qu'on rencontre fréquemment sur des estomacs sains, me paraissent être tout-à-fait indépendants de l'inflammation.

Les ulcérations de l'estomac qui ne sont ni cancéreuses ni tuberculeuses sont extrêmement rares ; elles ont alors presque toujours une origine inflammatoire. Rares dans la gastrite aiguë, elles caractérisent plutôt l'état chronique. On les observe spécialement vers les courbures

et à la région pylorique. Ces ulcères, simples ou multiples, que M. Cruveilhier a surtout étudiés avec soin, ont des bords durs, saillants, un fond grisâtre, mais n'ont aucune ressemblance avec l'ulcère cancéreux; d'autres ont une surface égale, des bords lisses, déprimés, ou bien plus ou moins décollés. Ils peuvent être bornés à un très petit espace ou occuper une étendue de plusieurs centimètres; ils n'intéressent parfois que la tunique interne, et produisent l'hypertrophie des couches subjacentes; d'autres fois le travail ulcératif envahissant toutes les membranes, une perforation a lieu. Enfin si une artère considérable et encore perméable est comprise dans la perte de substance, on trouve le vaisseau encore béant, et l'estomac distendu par une grande quantité de sang coagulé. Ces ulcérations peuvent se cicatriser. Quand la perte de substance est peu considérable, la cicatrice est marquée par une simple dépression lisse ou blanchâtre, et au bout d'un certain temps le tissu de nouvelle formation se met de niveau avec les parties voisines, dont il ne peut plus être distingué. Mais si l'estomac a subi une perte de substance considérable, il se forme alors une cicatrice inégale, froncée, irrégulière, fibreuse dans quelques points, dont les éléments sont fournis par toutes les tuniques intestinales à la fois. On a vu enfin, comme dans les ulcérations cancéreuses, après la destruction des trois tuniques, la perforation être bouchée par des viscères voisins (comme le foie, le pancréas, le duodénum ou le colon) : c'est alors aux dépens de ces organes que la cicatrisation se forme. Mais, quel que soit le mode de cicatrisation, il en résulte toujours un rétrécissement plus ou moins considérable du viscère, ce qui offre surtout de graves inconvénients s'il siège aux extrémités cardiaque ou pylorique. Enfin ces cicatrices peuvent être consécutivement le point de départ de diverses transformations organiques, ou bien elles se déchirent parfois, lorsque l'estomac subit une distension trop considérable.

Symptômes, marche. — L'inflammation chronique de l'estomac est presque toujours primitive; plus rarement elle succède à l'état aigu. Dans le premier cas, les digestions commencent à être pénibles; elles s'accompagnent de malaise, de douleurs épigastriques et de céphalalgie. Il y a des renvois acides, et souvent des vomissements. Ces accidents diminuent ou cessent lorsque les malades s'astreignent à un régime sévère, lorsqu'ils s'abstiennent de certains aliments. Cependant, la difficulté des digestions finit par être permanente; chez presque tous les sujets, il existe une douleur épigastrique, tantôt faible, compressive, d'autres fois forte et lancinante, diffuse, ou bornée à un grand espace, s'irradiant quelquefois jusque dans le dos ou à la base du thorax. Elle augmente constamment après l'ingestion des aliments et des boissons stimulantes; quelquefois nulle, quand l'estomac est vide, elle ne se réveille que par la pression extérieure ou pendant la digestion, quelle que

soit d'ailleurs la nature des substances ingérées. C'est surtout alors que la douleur plus vive, et présentant les caractères d'une *crampe*, s'accompagne d'un sentiment d'angoisse. Elle ne cesse souvent que lorsque les malades ont vomi. L'appétit est très variable; rarement il est conservé ou absolument éteint, mais presque toujours il est sensiblement diminué. On n'observe peut-être jamais dans la gastrite chronique le pica et la boulimie, qui sont au contraire des symptômes très communs dans les névroses de l'estomac. La soif est le plus souvent nulle ou peu vive, excepté pendant la digestion. Les vomissements qu'on observe dans la gastrite chronique n'ont presque jamais lieu à jeun, mais seulement pendant le travail de la digestion : ils sont formés par des liquides âcres, brûlants, amers, par des aliments plus ou moins digérés, et quelquefois par du sang pur ou altéré, et semblable à de la suie ou à du marc de café. Cependant, ces derniers vomissements (*mélaniques*) sont tellement rares dans la gastrite chronique simple que, lorsqu'on les observe, ils indiquent presque sûrement une lésion organique de l'estomac dont ils sont un des caractères les plus constants. Indépendamment de ces matières liquides, beaucoup de malades expulsent des gaz inodores ou ayant la fétidité de l'hydrogène sulfuré. Parmi ces individus, les uns n'éprouvent aucune saveur, d'autres ont toujours un goût amer, acide ou poivré dans la bouche. La langue est presque toujours naturelle, et on observe bien rarement cette rougeur de la pointe et des bords, et le développement des papilles que quelques auteurs ont signalé comme un symptôme à peu près constant de la maladie. Enfin, presque toujours il existe une constipation opiniâtre, ou bien il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. Cependant, les fonctions de l'estomac ne peuvent être perverties longtemps sans que la nutrition en souffre d'une manière notable : aussi presque tous les malades pâlissent et maigrissent. La plupart n'ont jamais de fièvre; cependant, il en est un grand nombre chez lesquels on constate, durant le travail pénible de la digestion, de l'accélération du pouls, de la chaleur à la peau, de la soif, et du malaise. Enfin, on en a vu qui présentaient encore tous les symptômes de la fièvre hectique et qui finissaient par succomber dans un état de marasme.

Durée, terminaison. — La gastrite chronique est une maladie d'une durée toujours longue, rarement moindre de deux à trois mois. Elle guérit, le plus souvent, après avoir présenté de nombreuses exacerbations; d'autres fois, elle a une issue funeste. Cependant, il est très rare que la gastrite soit la seule cause de la mort; celle-ci s'explique, le plus souvent, par quelque maladie intercurrente ou par un accident de la gastrite elle-même, comme une hématémèse ou une perforation qui produit une péritonite sur-aiguë. Il est prouvé aujourd'hui que le cancer de l'estomac n'est ni une variété, ni un effet de la gastrite; cependant, il est incontestable que, chez des individus prédisposés, un cancer peut

se développer dans l'estomac à la suite d'une inflammation, de même qu'on voit quelquefois le cancer de la mamelle succéder à une phlegmasie traumatique de cet organe. D'ailleurs, il existe dans la science quelques faits qui démontrent qu'un cancer a envahi les parois de l'estomac à la suite d'une violente phlegmasie, développée par l'ingestion, dans ce viscère, d'une certaine quantité d'acide sulfurique ou nitrique. Mais évidemment ici, l'inflammation joue le rôle d'une cause déterminante ordinaire et qui n'agit qu'en vertu d'une prédisposition antérieure du sujet. Beaucoup d'individus atteints de gastrite chronique deviennent hypochondriaques.

Diagnostic.—Nous verrons plus tard les nombreux points de contact de la gastrite chronique avec les névroses et le cancer de l'ectomac. Nous dirons combien il est souvent difficile de la distinguer de cette dernière affection. Quoi qu'il en soit, la gastrite chronique une fois établie, nous ne croyons pas possible de déterminer si elle est générale ou partielle, et dans ce dernier cas, dans quelle région elle est circonscrite. Tout ce qu'on a dit à ce sujet n'est fondé que sur des idées hypothétiques. Nous ne croyons pas, non plus, qu'il soit actuellement possible de diagnostiquer la nature des altérations. Par exemple, nous ne pensons pas qu'on puisse annoncer, pendant la vie, l'existence d'une ulcération, attendu que cette lésion ne produit pas d'autres symptômes généraux ou locaux que la plupart des autres altérations caractéristiques de l'état chronique.

Pronostic.—La gastrite chronique n'est pas généralement une affection très grave, à moins qu'elle ne se prolonge longtemps et qu'elle empêche la nutrition de se faire.

Etiologie. — Les causes de la gastrite chronique sont plus obscures encore que celles de la gastrite aiguë; et il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'émettre sur ce point aucune opinion certaine. Cependant on sait que la maladie, rare dans l'enfance, est plus commune dans la période de vingt à cinquante ans; tout porte à penser qu'elle est fréquemment le résultat d'écarts de régime, d'une nourriture trop excitante ou insuffisante; cependant ces propositions ne pourraient encore s'appuyer sur aucune série de faits bien observés: ce sont là de simples suppositions que l'observation pourrait bien démentir.

Traitement. — Lorsque la douleur est vive, continue, il convient de commencer le traitement par une ou plusieurs applications de sangsues à l'épigastre, et d'administrer en même temps des boissons douces. La diète absolue est rarement nécessaire; elle serait même nuisible. Il faudra donc alimenter doucement les malades: le lait, le bouillon, les gelées végétales et animales, les fécules, les fruits cuits seront d'abord employés; puis on permettra l'usage d'aliments solides, en ayant soin de choisir ceux qui, par leur nature ou par l'idiosyncrasie des sujets, seront mieux supportés. On administrera aussi, avec quelque avantage,

certaines eaux minérales, et spécialement les eaux de Cauterets, d'Ems, de Bussang, de Vichy, etc. ; ces dernières seront surtout utiles lorsque les malades sont tourmentés par des aigreurs. Si les douleurs sont très vives, il faut chercher à les calmer par l'usage de l'opium à l'intérieur ; on pourra même administrer ce médicament avant ou après le repas, sans craindre de ralentir le travail de la digestion. Dans ces cas, l'opium nous paraît plus utile et d'un effet plus constant que le sous-nitrate de bismuth qu'on a également conseillé, et qu'on peut donner à la dose de 30 à 75 centigrammes au commencement des repas. Les malades seront en outre soumis, sous tous les rapports, à une bonne hygiène. Ils seront couverts de flanelle, et on cherchera, par des frictions, par le massage et quelques bains sulfureux, à exciter les fonctions de la peau. Si la maladie résiste, il faudra ne pas hésiter à recourir à une médication révulsive locale : ainsi on appliquera un vésicatoire à l'épigastre, et s'il ne soulage pas, on le remplacera par un ou deux cautères, ou même par un séton. Cependant il arrive une époque où, bien que l'état phlegmasique soit éteint, l'estomac néanmoins ne reprend point ses fonctions ; il semble alors que ce viscère soit frappé d'atonie. C'est dans ces conditions qu'il convient de prescrire une nourriture légèrement stimulante ; on donnera les préparations de kina, et les ferrugineux, etc. ; mais on ne devra jamais employer ces moyens qu'avec prudence et comme *à tâtons*, jusqu'à ce qu'une amélioration évidente ayant suivi leur emploi, on puisse les prescrire avec plus de confiance. Je ne dirai rien ici des solutions arsenicales, ni du nitrate d'argent et du sulfate de fer que les médecins anglais préconisent dans les cas de gastrite chronique ulcéreuse ; car ces moyens sont irrationnels, et on conçoit qu'ils puissent produire de graves accidents. C'est une raison de s'en abstenir jusqu'à ce qu'il soit démontré qu'ils peuvent être utiles.

DE L'ENTÉRITE ET DE LA COLITE AIGUES.

Le mot entérite semblerait devoir exprimer toute inflammation siégeant dans un point quelconque de la membrane muqueuse du tube intestinal ; mais l'usage l'a surtout consacré pour désigner la phlegmasie de l'intestin grêle, et surtout celle qui occupe le jéjunum et l'iléon. L'inflammation du duodénum a reçu le nom spécial de *Duodénite*, comme celle du gros intestin prend les noms de *Colite* ou de *Rectite*, suivant que la maladie occupe le colon ou le rectum. Il n'est pas jusqu'à l'inflammation du cœcum qu'on n'ait désignée par un nom spécial, celui de *Typhlite*.

L'entérite est caractérisée par des douleurs de ventre plus ou moins vives, et ordinairement mobiles, s'accompagnant de selles liquides, muqueuses ou bilieuses, en nombre plus ou moins considérable.

Divisions. — Parmi les nombreuses divisions qui ont été établies dans l'histoire de l'entérite, nous croyons qu'on ne doit conserver que celles qui font distinguer la maladie en *bénigne* et en *grave*, en *aiguë* et en *chronique ;* enfin il est une espèce d'entéro-colite qui, en raison des lésions qui l'accompagnent, et des symptômes qui la caractérisent pendant la vie, et de sa nature probablement spécifique, constitue une maladie très distincte de l'entérite proprement dite : je veux parler de la *dysenterie.*

Caractères anatomiques de l'entéro-colite. — Les caractères anatomiques de l'inflammation sont les mêmes dans l'intestin que dans l'estomac; on y retrouve, en effet, les mêmes modes d'injection, de coloration et les mêmes altérations de nutrition : ainsi, pour peu que l'entérite ait une certaine durée et une certaine intensité, la membrane muqueuse est non seulement rouge, mais elle est encore boursouflée, épaissie ou amincie, friable ou ramollie (1). Ces diverses altérations sont presque toujours partielles: elles sont le plus souvent bornées aux quatre ou sept derniers décimètres de l'intestin grêle; le duodénum est le plus rarement affecté; on ne retrouve guère la muqueuse altérée dans toute son étendue que lorsque l'entérite est produite par une substance toxique; dans ce cas seulement il existe des escarres, des ulcérations, et parfois même des perforations. Mais dans l'entérite simple, il n'y a ni développement ni ulcération des follicules intestinaux; la membrane muqueuse elle-même n'est presque jamais ulcérée; il est plus rare encore qu'on trouve des concrétions, comme dans le muguet et l'angine couenneuse. Enfin la suppuration du tissu cellulaire sous-muqueux est un phénomène encore plus rare dans l'entérite que dans la gastrite. C'est dans ces cas seulement que l'entérite peut être appelée *phlegmoneuse.* Ce que je viens de dire de l'intestin grêle s'applique à tous égards au gros intestin. Il nous a paru, pourtant, que dans l'inflammation de ce dernier le ramollissement était plus considérable; il n'est pas rare même de ne plus trouver la membrane muqueuse dans une grande étendue; les matières fécales sont alors en contact avec la tunique celluleuse épaissie. Les ulcérations et les suppurations interstitielles sont aussi rares dans la colite que dans l'entérite et la gastrite. Pour terminer, nous dirons encore que dans la phlegmasie de l'intestin on ne trouve pas les ganglions abdominaux engorgés; que la rate et le foie ne sont également

(1) Pour bien apprécier ces altérations, il faut se rappeler que la muqueuse intestinale est naturellement blanche, que son épaisseur est un peu plus considérable dans le jéjunum que dans l'iléon; on peut la comparer à celle d'une feuille de papier joseph (Louis). A l'état sain, la muqueuse peut fournir des lambeaux de 11 à 23 millimètres (5 à 10 lignes), lorsqu'après l'avoir incisé, on la détache en la saisissant avec une pince ou avec le bout des ongles. La muqueuse du gros intestin est plus ténue, et fournit des lambeaux plus longs.

qu'accidentellement malades, et peut-être ils le deviennent indépendamment de la lésion intestinale, avec laquelle ils n'ont aucun rapport.

Symptômes. — L'entérite simple est rarement précédée de frissons et de fièvre. Presque toujours les phénomènes prodromiques n'existent que du côté de l'abdomen, qui est comme gonflé, endolori; l'appétit est perdu ou diminué. Bientôt les malades ressentent des coliques sourdes, contusives, ou bien aiguës, vives, lancinantes avec pincements, exacerbantes, se faisant surtout sentir au niveau de l'ombilic, où elles semblent bornées; elles s'irradient d'autres fois vers les autres points du ventre. La diarrhée accompagne ces souffrances; les selles sont plus ou moins nombreuses; elles sont en général annoncées par un redoublement dans les coliques; les matières évacuées sont jaunes, muqueuses, plus ou moins homogènes; elles sont verdâtres et mêlées à des grumeaux blancs formés par le caséum chez les enfants qu'on allaite. Lorsque les selles se renouvellent trop souvent, elles produisent un sentiment de cuisson et de brûlure à l'anus. Presque toujours les coliques se calment après chaque évacuation, et dans leur intervalle les malades éprouvent des grognements et des gargouillements. Le ventre exploré, on constate qu'il est souvent légèrement rétracté, ou bien il est un peu tendu, plus sonore, et même météorisé: c'est ce qu'on voit surtout chez les jeunes enfants. La pression est douloureuse dans un ou plusieurs points; il n'est même pas rare, surtout si l'inflammation occupe le gros intestin, de constater une sensibilité excessive, comparable à celle de la péritonite, sans pourtant que le péritoine soit lui-même atteint. Lors même qu'elle n'existe qu'à un faible degré, l'inflammation des intestins s'accompagne d'inappétence, de soif, et d'un état de faiblesse qui est proportionné au nombre des évacuations alvines et à la violence des coliques. Cependant, pour peu que la phlegmasie ait une certaine intensité, il existe un mouvement fébrile plus ou moins fort, avec de la céphalalgie, et souvent des nausées et des vomissements. Ces derniers sont le plus souvent sympathiques, mais quelquefois ils sont l'effet d'une phlegmasie concomitante de l'estomac, qui se révèle d'ailleurs par tous les symptômes que nous avons déjà énumérés. On dit alors qu'il existe une *gastro-entérite*, mot dont on a étrangement abusé pendant quinze ans, puisqu'il a servi à dénommer très improprement la fièvre typhoïde elle-même.

Variétés de siége. La plupart des médecins admettent que les symptômes et la marche de l'entérite offrent de nombreuses différences, suivant le siége de la phlegmasie. Ainsi, on a prétendu que lorsque le duodénum est enflammé, il existe une douleur vive et profonde au-dessous du foie, vers la région ombilicale, s'irradiant vers les flancs ou les lombes; que les souffrances, continues ou non, se réveillent toujours deux ou trois heures après le repas, c'est-à-dire lorsque, la digestion stomacale étant finie, les aliments arrivent dans le duodénum. On a cru

surtout que la duodénite pouvait déterminer un flux bilieux ou pancréatique, en vertu de cette loi qui fait qu'une irritation existant à l'extrémité d'un canal excréteur active la sécrétion de la glande à laquelle il aboutit. On a dit aussi qu'elle s'accompagnait fréquemment d'ictère, et on expliquait celui-ci par l'oblitération de l'orifice intestinal du canal cholédoque, qu'on supposait devoir être produite par le bourrouflement de la muqueuse duodénale. Mais ce sont là des idées purement théoriques, et qui n'ont point été sanctionnées par l'observation. La duodénite, dont nous ne contestons nullement l'existence, est d'ailleurs une affection excessivement rare, presque impossible à diagnostiquer, et qui ne joue pas, à coup sûr, dans la production des maladies des organes biliaires, le rôle que l'école de Broussais lui a gratuitement départi.

L'inflammation du colon et celle du rectum ont des signes plus positifs. Dans la première, en effet, il y a, indépendamment de la diarrhée, une douleur *superficielle*, et qui dessine souvent fort exactement le trajet connu de l'intestin malade. Mais il est rare que la colite existe seule ; dans la presque totalité des cas, en effet, l'inflammation atteint simultanément la fin de l'intestin grêle (*iléo-colite* ou *entéro-colite*) Enfin, lorsque le rectum est enflammé, les malades accusent une douleur profonde dans le bassin ; il y a souvent du ténesme et une pesanteur incommode à l'anus.

On insistait beaucoup autrefois sur une forme d'entérite qu'on nommait *phlegmoneuse*, dans laquelle toutes les tuniques intestinales, et jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal, participeraient à l'inflammation. Mais en consultant les faits rapportés par les auteurs, on se convaincra que sous ce titre on a compris des affections très différentes, et particulièrement diverses espèces d'iléus, ou bien des phlegmons développés au pourtour des intestins et spécialement du cœcum. Nous croyons également qu'il faut rapporter aux phlegmons iliaques la plupart des faits qu'on a décrits en Allemagne sous le nom de typhlite (inflammation du cœcum). D'ailleurs les travaux publiés à ce sujet offrent généralement fort peu de précision. Cependant il y a un point curieux dans l'histoire des phlegmasies du cœcum, c'est la possibilité d'une inflammation limitée à l'appendice vermiforme, inflammation pouvant bien certainement être primitive, comme le prouvent un certain nombre de faits observés surtout en France, mais presque toujours la phlegmasie est consécutive à l'introduction dans la cavité vermiculaire de corps étrangers, tels que des fèces endurcies, des calculs, des concrétions, des noyaux ou des pépins de fruits, etc. Dans l'un et l'autre cas on observe des douleurs violentes dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque, des vomissements, de la diarrhée, et plus souvent encore de la constipation. La mort arrive en général promptement avec les symptômes d'étranglement ou

d'une péritonite suraiguë, et à l'autopsie on trouve le péritoine enflammé, et l'appendice vermiforme ramolli et gangrené. Les faits les plus curieux de ce genre ont été réunis, il y a quelques années, par un médecin allemand (Fréd. Merling), dans une petite monographie qu'il a publiée sur les maladies du cœcum.

Marche, durée, terminaison. — L'entérite a presque toujours une marche régulière, c'est-à-dire que les symptômes, après s'être accrus pendant quelque temps, diminuent peu à peu et finissent par cesser complétement et d'une manière définitive. Cependant il n'est pas très rare de voir la maladie présenter des exacerbations à époques fixes, ou bien après avoir cessé, se reproduire ensuite à certains intervalles, à la manière des affections périodiques. Mais il est rare que l'entérite dépende de la cause spécifique qui produit ces dernières, et dans l'immense majorité des cas on reconnaît, comme d'ailleurs nous l'avons déjà dit précédemment, que les exacerbations ou les retours périodiques des coliques et de la diarrhée dépendent uniquement de quelque écart de régime ou de l'heure à laquelle les malades ont pris des aliments. On conçoit, en effet, que lorsque l'entérite est limitée à un petit espace, on n'observe souvent aucun phénomène morbide; mais si les malades mangent, on verra les accidents de l'inflammation intestinale survenir à une époque plus ou moins éloignée du repas, lorsque les aliments arriveront au niveau de la portion d'intestin malade. On conçoit aussi facilement pourquoi dans ces cas les accidents pourront se reproduire d'une manière continue ou périodique, suivant que les malades persisteront à manger ou se mettront de temps en temps au régime. Dans la grande majorité des cas, l'entérite a une durée qui dépasse rarement un septénaire. Sa terminaison est presque toujours heureuse, du moins chez l'adulte. La maladie peut cependant avoir une issue funeste; la mort résulte alors de l'étendue et de l'intensité de la phlegmasie, qui, dans ce cas, envahit communément une partie assez étendue du tube intestinal et détruit rapidement la membrane muqueuse. On conçoit qu'en pareille circonstance il puisse exister une fièvre intense, du délire, du coma, et des symptômes adynamiques fort graves; mais cet appareil symptomatique, fort rare dans notre pays, ne se remarque guère que dans les climats chauds. Chez nous, dans la forme la plus grave de l'entérite, on ne constate qu'un mouvement fébrile, médiocre, et presque jamais de symptômes cérébraux; la langue reste humide, mais les douleurs de ventre sont vives et brûlantes; les selles sont abondantes et plus ou moins sanguinolentes; la prostration est en rapport avec l'intensité de ces deux derniers symptômes. L'entérite passe souvent à l'état chronique par suite du traitement peu rationnel qu'on lui oppose, ou des écarts de régime et des autres mauvaises conditions hygiéniques auxquelles les malades sont exposés.

L'âge des malades influe d'une manière remarquable sur la physionomie de l'entérite et sur la marche qu'elle suit. Chez les enfants, en effet, l'entérite et l'entéro-colite revêtent souvent une gravité qu'elles ne présentent presque jamais chez l'adulte. Ainsi, chez les enfants à la mamelle, on la voit souvent s'accompagner d'une réaction fébrile très intense avec développement du ventre et sensibilité vive à la pression; les selles sont muqueuses, jaunâtres, parfois sanguinolentes, plus souvent verdâtres et très nombreuses. On remarque aussi fréquemment au début des vomissements abondants et qui, souvent, ne s'expliquent par aucune lésion de l'estomac; c'est dans ces circonstances qu'on voit survenir dans la bouche du plus grand nombre de ces petits malades des points de muguet. Dans ces cas, l'amaigrissement fait des progrès rapides; en vingt-quatre heures, ces petits êtres deviennent presque méconnaissables; presque tous succombent. Chez les enfants plus âgés, c'est-à-dire de deux à cinq ans, l'entérite, comme l'ont prouvé MM. Barthez et Rillet, peut se montrer également sous une forme très grave, de manière même à simuler une affection typhoïde. C'est ainsi que la langue se sèche et brunit et que les dents s'encroûtent; le ventre se ballonne, se tend, et il peut y avoir du délire et du coma. Disons cependant que c'est là une forme heureusement très rare de l'entérite du jeune âge. La plupart de ceux qui sont ainsi affectés succombent en deux septénaires.

Diagnostic. — La diarrhée et les coliques, avec les caractères précédemment indiqués, feront toujours distinguer très aisément l'entérite de la dysenterie, de la colique de plomb, des coliques nerveuses de l'iléus, de la péritonite et des rhumatismes des parois abdominales. Il n'existe pas le moindre rapport chez l'adulte, entre l'entérite et la fièvre typhoïde; car, eu égard à la gravité, la première tue très rarement, tandis que la seconde emporte un grand nombre des individus qu'elle atteint. Dans l'entérite, il n'existe communément que peu de fièvre; le ventre est douloureux, mais sans météorisme, sans gargouillement dans la fosse iliaque; la rate n'est pas développée; il n'y a pas de râle sibilant dans la poitrine; on n'observe point de symptômes cérébraux; les malades ne sont pas tourmentés par l'insomnie; la faiblesse est médiocre et généralement proportionnée à l'intensité de la diarrhée; tandis que nous savons que, dans la fièvre typhoïde, l'accablement des forces n'est pas en rapport avec le nombre et l'abondance des évacuations. Chez les enfants de deux à cinq ans, il n'en est pas absolument de même; car nous avons vu que, quelquefois à cet âge, l'entérite, par l'abondance de la diarrhée, par le développement du ventre, par la sécheresse ou l'état fuligineux de la langue, et sa complication avec les accidents cérébraux, pouvait être confondue avec la fièvre typhoïde. Cependant, la marche de la maladie, et surtout l'absence de quelques

signes importants, tels que le développement de la rate, les râles dans la poitrine et les taches à la peau, permettront, le plus souvent, d'établir le diagnostic différentiel, qui, nous en convenons pourtant, peut, dans quelques cas fort rares, rester obscur, incertain jusqu'à la mort.

L'existence de l'entérite une fois établie, nous avons vu qu'on pouvait quelquefois en déterminer exactement le siége dans telle ou telle partie de l'intestin. Mais, nous avons reconnu également que, dans le plus grand nombre des cas, cette localisation était absolument impossible, surtout pour les trois divisions de l'intestin grêle, et même pour déterminer si celui-ci est seul affecté ou bien s'il l'est simultanément avec le gros intestin. Tout ce qu'on a dit depuis Broussais sur la manière de distinguer entre elles l'inflammation de la muqueuse de l'intestin grêle de celle du colon, est entièrement controuvé. Je crois que ceux qui sont habitués à observer les malades avec soin partageront mon opinion, qui est également celle de M. Louis, dont personne assurément ne conteste la supériorité dans l'art du diagnostic.

Pronostic. — Chez l'adulte, et dans notre climat, l'entérite (toujours en excluant celle qui est toxique) est une affection ordinairement bénigne et qu'on ne voit pas, une fois sur cent, se terminer par la mort. Mais il n'en est pas absolument de même chez les vieillards, chez les enfants à la mamelle, surtout chez ceux qui peuplent les hospices, et qui, promptement épuisés par les douleurs et la diarrhée, succombent en grand nombre. En parlant de la bénignité de l'entérite des adultes, je n'ai entendu désigner que l'entérite primitive, car il n'en est plus de même de celle qui est secondaire. C'est ainsi que nous avons vu, précédemment, cette affection faire périr beaucoup d'individus ayant d'abord échappé aux dangers de la variole et de la rougeole.

Etiologie. — L'entérite est une affection commune à tous les âges; mais il n'existe encore aucun relevé exact d'après lequel on puisse fixer approximativement quelle est la fréquence de cette maladie aux différentes périodes de la vie, et dans l'un et l'autre sexe. Plus commune dans les saisons et les climats chauds, l'inflammation des intestins survient surtout après l'impression du froid, lorsque le corps est échauffé, ou bien après des écarts de régime, ou enfin après l'ingestion de substances âcres, irritantes, de purgatifs violents. L'entérite est une affection souvent épidémique. Chez les enfants à la mamelle, la maladie reconnaît souvent pour cause une nourriture trop abondante, la dentition, un sevrage prématuré, etc.

Traitement. — Dans la grande majorité des cas, l'entérite cède à un traitement très simple, comme l'emploi de boissons douces et mucilagineuses, de demi-lavements adoucissants et calmants, et de cataplasmes émollients sur le ventre. Mais le principal moyen de traitement est dans le régime. Ainsi, dans l'entérite très bénigne, les malades s'abstiendront

de toute alimentation solide ; si la maladie est plus intense, la diète sera de rigueur. La réaction fébrile, la force du pouls, indiquent l'emploi d'une ou plusieurs saignées générales. Si les douleurs abdominales sont très vives, il sera également utile d'appliquer des sangsues, que les uns posent à l'anus, dans le but de dégorger plus facilement l'intestin ; mais nous croyons qu'il est préférable de les mettre sur le ventre, car les malades sont toujours plus complétement et plus rapidement soulagés. Dans ces cas, on retirera de bons effets des bains tièdes et suffisamment prolongés. Enfin, nonobstant ces moyens, si les coliques sont très vives, ou si l'entérite atteint un sujet très irritable, on devra de prime-abord administrer une certaine quantité d'opium, afin de modérer les douleurs. D'ailleurs, les préparations opiacées sont encore indiquées à une époque plus éloignée, lorsque les symptômes de réaction étant éteints, la diarrhée seule persiste. Dans ces cas, l'opium modifie presque toujours avantageusement la sécrétion intestinale. L'entéro-colite peut aussi se compliquer d'un état bilieux que l'on peut combattre par l'emploi d'un vomitif ; seulement on devra préférer l'ipécacuanha à l'émétique, parce que le premier borne à peu près toute son action à l'estomac, tandis que l'autre médicament agit le plus souvent à la fois comme émétique et comme purgatif. Il est inutile d'insister pour prouver combien on doit surveiller le régime des malades si on veut éviter des rechutes continuelles, et en définitive, le passage de la maladie à l'état chronique.

Les règles de traitement sont à peu près les mêmes pour l'enfant à la mamelle : on devra lui donner à téter un peu moins souvent, on réglera ses repas, on remplacera en partie le lait de la mère par quelques boissons douces, comme l'eau de gomme ou de gruau. Si le dévoiement est abondant, on administre un lavement avec 2 à 4 gouttes de laudanum. Enfin, si le ventre est tendu et la fièvre intense, l'application de 2 sangsues sur le ventre serait avantageuse. Si l'entérite survient après un sevrage prématuré, on doit redonner une nourrice à l'enfant, et ne pas lui permettre d'autre nourriture que le lait, ce qui n'exclut pas d'ailleurs l'emploi des émollients, des mucilagineux et des opiacés. (Voir comme complément l'article *Ramollissement* de la muqueuse digestive.)

ENTÉRITE ET ENTÉRO-COLITE CHRONIQUES.

La forme chronique de l'entérite et de l'entéro-colite peut être primitive ; d'autres fois elle est consécutive à l'état aigu.

Caractères anatomiques. — Chez la plupart des individus qui succombent à l'entérite chronique, on constate une maigreur extrême de tout le corps ; le calibre des intestins est diminué de manière à n'avoir plus quelquefois chez l'adulte que la grosseur du petit doigt, tandis que

le colon atteint à peine le volume naturel de l'iléon. En même temps, les parois intestinales sont amincies, comme atrophiées, et présentent souvent dans une grande étendue une coloration brunâtre ardoisée à laquelle le péritoine est tout-à-fait étranger, et qui dépend de la couleur des tissus subjacents, et surtout de la membrane muqueuse. Celle-ci est, en effet, d'un gris brunâtre, tantôt épaissie et friable, d'autres fois ramollie, amincie, détruite, et parfois aussi ulcérée dans une étendue plus ou moins considérable. Cependant, on a tort de regarder généralement les ulcérations comme un caractère anatomique fréquent de l'entérite chronique, car cette lésion ne se rencontre guère que chez les sujets tuberculeux, et alors elle résulte bien moins d'un travail inflammatoire *primitif* que de la fonte des tubercules sous-muqueux. Nous n'avons pas d'ailleurs à nous occuper ici de cette espèce d'entérite que nous décrirons avec soin à l'article *Phthisie*. On trouve encore la membrane muqueuse intestinale ulcérée dans les entérites qui sont consécutives à la dysenterie. On peut donc établir comme résultat positif d'observation, qu'à part la dysenterie chronique dont nous allons traiter, et l'entérite tuberculeuse, l'inflammation chronique de la muqueuse intestinale se termine fort rarement par ulcérations. Enfin, quand celles-ci existent, elles sont incontestablement plus communes dans les diverses parties du colon que dans l'intestin grêle.

Symptômes, marche, terminaisons. — Dans l'entérite ou l'entérocolite chronique, la douleur est peu vive et occupe généralement le même point du ventre; rarement continue, elle ne survient le plus souvent que de temps en temps et elle précède alors chaque évacuation. Les selles sont plus ou moins nombreuses; il y en a cinq ou six dans les vingt-quatre heures, très souvent davantage et rarement moins. Elle sont constamment liquides, jaunâtres, muqueuses et très fétides; les besoins de défécation sont souvent provoqués par la marche, par une émotion et surtout par l'ingestion des aliments et des boissons. C'est ainsi qu'il est beaucoup de malades atteints d'entérite chronique qui ne peuvent ni boire ni manger sans être pris aussitôt d'un besoin subit et pressant d'aller à la selle; presque tous sont tourmentés par des grognements intestinaux, par un gargouillement bruyant, qui se manifestent surtout peu après le repas, et sont souvent les avant-coureurs des évacuations alvines. La soif est nulle; la plupart des malades conservent de l'appétit, et la digestion stomacale se fait régulièrement et sans souffrance. Cependant, pour peu que l'entérite se prolonge, on ne tarde pas à voir que la nutrition est profondément altérée. C'est ainsi que les malades perdent leurs forces, ils pâlissent et maigrissent; leur ventre se rétracte vers le rachis; la peau est sèche, rude; le pouls s'accélère bientôt; il y a un appareil fébrile continu ou irrégulier. Enfin, si la maladie persiste à s'aggraver, la mort peut arriver dans le dernier degré

de marasme. D'autres fois la diarrhée diminue, les selles sont nombreuses, les coliques sont presque nulles; enfin l'embonpoint et les forces renaissent peu à peu, les malades reviennent à la santé. Mais, quel que soit le mode de terminaison, il est rare que l'entérite chronique suive une marche uniforme bien régulière; le plus ordinairement, en effet, on observe des rémissions et des exacerbations. Celles-ci surviennent spontanément ou sont provoquées par différentes causes, et spécialement par des écarts de régime ou par l'impression de l'humidité et du froid.

Durée. — L'entérite et l'entéro-colite ont une durée illimitée; beaucoup d'individus, quoique bien guéris, conservent néanmoins une grande susceptibilité du côté des intestins; chez eux aussi on observe des dérangements digestifs ou au moindre écart de régime qu'ils font, ou lorsqu'ils prennent certains aliments d'une digestion difficile, ou bien encore lorsqu'ils s'exposent à l'humidité ou qu'ils avalent une boisson trop froide.

Diagnostic. — Les coliques, la diarrhée, s'accompagnant d'amaigrissement, de dépérissement, sont des symptômes d'entérite chronique; mais ils n'en constituent pas le caractère pathognomonique, puisqu'on les rencontre au même degré dans diverses lésions organiques des intestins, spécialement dans les ulcérations tuberculeuses et les dégénérescences squirrheuses. Ce n'est donc que par *voie d'exclusion* qu'on pourra arriver au diagnostic précis de l'entérite chronique simple. Il ne faut pas oublier que cette dernière est rarement mortelle chez l'adulte, et il n'est pas commun de la voir à cet âge produire des symptômes de consomption : aussi devra-t-on regarder comme *très suspectes* ces entérites chroniques dans lesquelles il y a un amaigrissement rapide, et qui souvent n'est nullement en rapport avec la diarrhée. On devra s'inquiéter davantage encore de ces diarrhées chroniques qui s'accompagnent de mouvements fébriles revenant régulièrement le soir et pendant la nuit, car presque toujours elles sont symptomatiques d'ulcérations intestinales de nature tuberculeuse qui elles-mêmes coïncident *toujours* avec des tubercules pulmonaires. On devra donc, dans tous les cas de diarrhées chroniques, explorer le thorax avec le plus grand soin, et être bien réservé pour le pronostic toutes les fois qu'on verra se développer des symptômes de consomption ou de fièvre hectique. Les diarrhées chroniques symptomatiques d'une lésion cancéreuse seront plus facilement reconnues; car, comme nous le verrons plus tard, elles alternent souvent avec la constipation; elles sont souvent précédées des signes indiquant un arrêt ou une gêne dans le cours des matières fécales; elles sont formées par de la sanie, par du pus mêlé aux matières intestinales; enfin, indépendamment des signes extérieurs de la cachexie cancéreuse, la palpation du ventre et le toucher par le rectum pourront faire reconnaître la nature et le siége de la lésion organique.

Pronostic. — L'entérite chronique est une maladie généralement fâcheuse, moins encore par sa gravité que par son opiniâtreté et la fréquence de ses récidives. Cependant, chez les très jeunes enfants et les vieillards, il n'est pas rare de la voir se terminer par la mort.

Etiologie. — L'entérite chronique reconnaît le plus souvent pour cause, chez l'adulte, de fréquents écarts de régime, une mauvaise alimentation. Ces causes agissent surtout activement chez les enfants, qui sont naturellement très sujets au dévoiement. Un sevrage prématuré, une nourriture abondante et disproportionnée aux forces digestives, sont les causes les plus communes de l'entérite chronique des enfants à la mamelle. Les causes précédentes agissent d'autant mieux que les enfants sont d'une constitution plus faible.

Traitement. — Le régime du malade doit avant tout fixer l'attention du médecin. Une diète absolue est rarement utile; elle aurait, même dans la plupart des cas, de graves inconvénients. Mais il faut choisir les aliments qui seront digérés avec le moins de fatigue, et qui, contenant beaucoup de principes nutritifs, seront absorbés en grande partie et fourniront peu de résidus. Les potages gras à la fécule, les crèmes de riz, les gelées végétales et animales, seront d'abord conseillés; on arrivera ensuite par degré à une alimentation tout-à-fait solide et plus substantielle. Il importe dans les commencements de ne pas faire des repas trop copieux; il ne faut pas non plus trop les multiplier, pour éviter la fatigue des intestins. Les malades boiront un vin généreux; les vins de Bourgogne, et surtout celui de Bordeaux, seront préférés; ils seront étendus d'eau suffisamment. Assez souvent, chez les malades dont je parle, l'eau rougie est mal supportée et provoque les selles; mais alors il nous a quelquefois suffi d'ajouter une petite quantité d'eau de Seltz, de sucre ou de gomme pour la faire supporter. On devra, dans l'entérite chronique, exciter les fonctions de la peau par l'usage des bains simples et sulfureux, savonneux, salés, par des frictions sèches et aromatiques. Enfin les malades seront couverts de flanelle; le ventre sera surtout préservé de l'impression du froid par une ceinture, et mieux encore par une peau de lièvre.

Les médicaments doivent varier suivant les cas. Lorsque les coliques sont encore vives et continues, il convient de faire une ou plusieurs applications de ventouses et de sangsues sur le ventre. Cette partie sera recouverte de cataplasmes émollients, et on donnera à l'intérieur les boissons mucilagineuses, la décoction blanche de Sydenham, les lavements émollients, calmants, que nous avons conseillés dans la période aiguë. On y joindra l'emploi de l'opium, et mieux encore celui de la thériaque ou du diascordium, en raison des propriétés calmantes, et en même temps toniques et astringentes, de ces préparations. M. Trousseau a aussi beaucoup préconisé chez l'enfant comme chez

l'adulte l'emploi du sous-nitrate de bismuth, à la dose de 1 à 5 décigrammes chez le premier, et de 1 à 4 grammes chez le second. Lorsque la maladie se prolonge, et qu'il existe un état d'atonie générale, tout le monde est d'accord aujourd'hui pour conseiller l'emploi des toniques et des astringents les plus puissants, tels que les décoctions de kina, de simarouba, de cachou, de ratanhia; mais il faut être très prudent dans l'emploi de ces moyens, ne les donner d'abord qu'en tâtonnant, et en bien étudier les effets. Ce que nous disons des astringents et des toniques s'applique aux eaux minérales, naturelles ou factices, dont on retire souvent de bons effets. Les plus fréquemment avantageuses en pareil cas sont les eaux ferrugineuses, alcalines, gazeuses, plus rarement les eaux sulfureuses. Enfin, il est des entérites qui, ayant résisté à tous ces moyens, sont enrayées ou modifiées par une forte révulsion sur la peau du ventre; c'est ce qu'on obtient par un vésicatoire ou un cautère, ou par l'emploi de la pommade d'Autenrieth.

Il est bien certain que beaucoup d'entérites résistent par la difficulté qu'on éprouve à modifier les surfaces enflammées à l'aide de médicaments qui, obligés de traverser les parties saines, n'arrivent ensuite sur celles qui sont malades qu'après avoir subi plus ou moins d'altération : aussi le rectum est, sous ce rapport, placé dans des conditions plus favorables que le reste du tube intestinal, par la facilité qu'on a de porter directement sur lui les substances médicamenteuses. Lorsque celles que nous avons conseillées dans l'entérite chronique ordinaire échouent dans l'inflammation du rectum, on devra essayer de modifier profondément l'état des surfaces malades, en les mettant en contact avec une solution plus ou moins concentrée de nitrate d'argent (de 25 centigrammes à 1 gramme de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau). Cette médication est en général très efficace, et il suffit le plus ordinairement de deux cautérisations pour triompher de la maladie. Dans ces derniers temps, M. Trousseau a même conseillé le nitrate d'argent en potion, à la dose de 1 centigramme dans 25 grammes d'eau distillée et édulcorée, à prendre par cuillerées dans les diarrhées chroniques des enfants à la mamelle; mais on n'est pas encore fixé sur la valeur de cette médication.

Les jeunes enfants atteints d'entérite chronique exigent quelques autres soins. S'ils sont à la mamelle, on s'assurera que le lait n'est pas trop abondant ou trop riche, on leur présentera le sein moins souvent, et on donnera dans l'intervalle des repas une potion opiacée. Si l'enfant est sevré depuis peu et si l'entérite résiste aux moyens rationnels qu'on emploiera contre elle, il faut redonner une nourrice à l'enfant. La diète lactée convient, en effet, beaucoup dans les entérites chroniques du jeune âge; le lait de la femme doit toujours être préféré, même chez les enfants de trois ou quatre ans. S'ils ne peuvent ou s'ils ne veulent

plus prendre le sein, on leur donnera le lait par cuillerées ou dans un biberon. Ce moyen produit quelquefois de véritables résurrections. Le lait d'ânesse peut remplacer quelquefois le lait de femme. Si les circonstances ou l'état de fortune des parents ne permettent d'employer que le lait de vache ou de chèvre, il faudra le sucrer et quelquefois l'étendre d'un peu d'eau. Dans tous les cas, on ne doit donner le lait qu'en forme de repas réguliers, toutes les trois ou quatre heures. C'est surtout M. le docteur Donné qui, dans ces derniers temps, a fixé l'attention des praticiens sur l'utilité du lait comme substance alimentaire et médicamenteuse dans l'entérite du jeune âge.

DE LA DYSENTERIE.

SYNONYMIE.— Dyssenterie, colite, colite spécifique ; *tormina* ; ténesme : *fluxus intestinorum cum ulcere*, etc.

La dysenterie est une maladie caractérisée par un besoin fréquent et souvent continuel d'aller à la selle, s'accompagnant de douleurs vives dans le ventre, et le plus souvent d'une excrétion pénible, peu abondante, d'un mucus sanguinolent ou d'une sérosité rougeâtre.

Historique. — La dysenterie est une maladie dont la connaissance remonte à la plus haute antiquité ; mais elle n'a été étudiée d'une manière un peu complète que par les observateurs du dernier siècle, et spécialement par Pringle et Zimmermann, ainsi que par plusieurs de nos contemporains, parmi lesquels se distinguent Pinel, Desgenettes, MM. Chomel, Trousseau, Thomas de Tours, etc.

Divisions. — Les auteurs ont proposé une foule de divisions dans l'étude de la dysenterie ; mais nous croyons qu'on ne doit conserver que les suivantes, savoir, la distinction des dysenteries en *bénigne* et en *grave*, en *fébrile* et en *apyrétique*, en *sporadique* et en *épidémique* ; enfin en forme *aiguë* et en forme *chronique*. On verra que ces distinctions sont importantes tant sous le rapport du pronostic que du traitement.

Anatomie pathologique. — Chez les sujets qui succombent à la dysenterie aiguë, on trouve la membrane muqueuse du colon, du rectum, et souvent aussi celle de la fin de l'intestin grêle, rouge, boursouflée, épaissie et friable. Les follicules du colon sont augmentés de volume, et les parois intestinales œdématiées. Ces altérations sont assez souvent les seules qu'on rencontre dans la dysenterie aiguë, surtout dans celle qui est sporadique, et lorsqu'elle n'a pas encore dépassé le premier septénaire ; mais plus tard, et spécialement dans les temps d'épidémie, on constate des ulcérations plus ou moins nombreuses de la membrane muqueuse du colon. Cette altération, regardée comme constante par les uns (Cœlius Aurélianus), comme rare par d'autres (Sydenham,

Willis, Pringle, Stoll), niée même par quelques uns, a été parfaitement étudiée dans ces derniers temps par un très habile médecin de Tours, le docteur Thomas, qui, à l'exemple de Cœlius Aurélianus, a regardé les ulcérations comme constituant le caractère anatomique essentiel de la dysenterie. Suivant cet excellent observateur, les ulcérations siégeraient sur les follicules; elles seraient visibles dès le huitième jour, et formeraient à cette époque de petites solutions de continuité, qui, se réunissant bientôt entre elles, finissent par constituer des ulcérations irrégulières, à bords taillés à pic, intéressant toute la muqueuse, et dont le fond, formé par le tissu cellulaire ou la membrane musculaire, est souvent tapissé par une pellicule blanchâtre, véritable fausse membrane, qu'on détache aisément, qu'il faut éviter de prendre pour une escarre, et qui se forme parfois primitivement sur la membrane muqueuse seulement injectée. Tantôt il n'existe que quelques ulcérations; d'autres fois, celles-ci sont très nombreuses; elles peuvent même être tellement rapprochées, que le colon et le rectum en sont comme criblés. Quelques unes ont plus de 8 à 9 millimètres de diamètre; arrondies ou de forme irrégulière, leurs bords grisâtres semblent avoir été taillés comme par un emporte-pièce. L'ulcération intéresse rarement au-delà de la muqueuse; cependant il n'est pas très rare de trouver une ou deux des tuniques intestinales successivement détruites; on a même vu plusieurs fois le travail ulcératif envahir jusqu'à la tunique séreuse, et si une perforation a eu lieu pendant la vie, on constate un épanchement de matières stercorales dans le ventre, et les lésions caractéristiques d'une péritonite suraiguë. La gangrène est une affection extrêmement rare.

Les altérations que je viens d'étudier sont à peu près celles que MM. Trousseau et Parmentier avaient trouvées, en 1826, dans l'épidémie d'Indre-et-Loire, et qui viennent encore d'être rencontrées par deux chirurgiens militaires (MM. Masselot et Fallet), dans l'épidémie qui a régné, en 1842, dans la garnison de Versailles. Ces lésions sont presque toujours bornées au gros intestin; elles peuvent également occuper les derniers pieds de l'intestin grêle, mais la chose est assez rare; surtout il est peu commun d'y rencontrer des ulcérations. Les lésions inflammatoires que quelques auteurs ont signalées vers l'œsophage, les voies biliaires et urinaires, n'appartiennent point à la dysenterie, mais seulement à des complications. Il n'en est pas de même de l'altération des ganglions mésentériques. M. Thomas a trouvé ceux-ci volumineux, ramollis, rouges ou noirs, et même suppurés, chez les malades morts du huitième au vingtième jour. Au-delà de cette époque, ces organes étaient affaissés et avaient pris une teinte noirâtre. Les ulcérations sont constantes dans la dysenterie chronique; leur surface est souvent fongueuse, saignante; les parois intestinales sont épaissies, souvent dures et d'un

aspect comme squirreux, à cause de l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux.

Symptômes.—1° *Dysenterie bénigne.* La dysenterie débute souvent sans prodromes; d'autres fois elle est précédée, pendant quelques heures, pendant un ou plusieurs jours, de malaise, de courbature, de dérangement dans les fonctions digestives, de frissons, d'une grande faiblesse dans le dos (Zimmermann). Bientôt les douleurs abdominales se font sentir; elles existent presque toujours vers l'*S* iliaque et remontent ensuite le long des autres parties du colon, ou bien, générales et mobiles, elles se concentrent vers la fosse iliaque gauche et le rectum; la pression les exaspère généralement, mais non pas toujours. Tous les malades éprouvent un sentiment particulier de pesanteur vers le périnée; ils ont la sensation d'un corps étranger situé dans la dernière partie du rectum; ils font des efforts pénibles, douloureux, de défécation sans que rien soit expulsé : on dit alors qu'il existe des *épreintes ou de faux besoins.* Cependant, de temps en temps, les malades expulsent une petite quantité de matières intestinales qui, en franchissant l'anus, y produisent un sentiment de cuisson ou de brûlure intolérable. Ce sont d'abord des matières stercorales ordinaires, solides et liquides; mais bientôt il n'y a plus que des mucosités épaisses, blanchâtres, sanguinolentes, floconneuses, mêlées parfois à de petites concrétions blanchâtres ou grisâtres qu'on a longtemps considérées comme des escarres ou des débris de la membrane muqueuse, mais qui sont plutôt formées par les fausses membranes que nous avons rencontrées à la surface des ulcérations, et quelquefois sur la muqueuse elle-même : aussi est-il rare de rencontrer ces productions dans les selles avant le neuvième ou dixième jour; M. Thomas en a pourtant vu dès le quatrième. Ces matières, inodores, d'une odeur fade ou du moins peu fétides, sont toujours rendues en très petite quantité à la fois. Le nombre des selles est plus ou moins considérable; il est rarement moindre de douze dans les vingt-quatre heures, et il s'élève souvent à trente, quarante, et même davantage. Dans ces cas, la peau de l'anus est rouge, et il y a une procidence du rectum, surtout chez les enfants et les sujets débiles. Chez beaucoup de malades, une partie des organes génito-urinaires participent aux souffrances de l'intestin. C'est ainsi qu'il existe souvent un ténesme vésical, caractérisé par le besoin continuel d'uriner et par des efforts de miction, sans qu'aucune goutte de liquide soit expulsée. Il est des malades qui rendent alors quelques mucosités blanchâtres, qui ont été exhalées dans la vessie elle-même et plus souvent dans l'urètre; chez les femmes on observe fréquemment un peu de leucorrhée. Cependant, quelque bénigne que soit la dysenterie, elle s'accompagne toujours d'un état de malaise et de faiblesse qui ne s'explique souvent ni par l'intensité des douleurs ni par le nombre ou l'abondance des selles. La

face pâle, abattue, exprime la souffrance ; les traits se crispent, et l'agitation est grande pendant que le ténesme ou les excrétions ont lieu. L'appétit est perdu ou diminué, la bouche est pâteuse, amère ; il y a de la soif et parfois quelques vomiturations. Au milieu de ces désordres le pouls reste calme ; mais, le plus souvent, il est accéléré ; la chaleur de la peau est augmentée, elle est vive et sèche : ces symptômes caractérisent la dysenterie bénigne. Après avoir persisté avec quelque intensité pendant un ou plusieurs jours, on voit bientôt les coliques et le ténesme diminuer; les selles, d'abord moins fréquentes, cessent d'être muqueuses, elles deviennent peu à peu stercorales; souvent un peu de diarrhée succède à la dysenterie; enfin, après une durée qui varie entre quatre et huit jours, les fonctions se rétablissent dans leur état d'intégrité.

2° *Symptômes, marche et terminaison des dysenteries graves.* — Cependant, lorsque la dysenterie règne épidémiquement, surtout lorsqu'elle sévit dans les prisons, à bord des vaisseaux, dans les camps ou les villes assiégées, elle se révèle par des symptômes généraux et locaux beaucoup plus graves : ainsi, les douleurs abdominales sont souvent atroces, les épreintes sont plus pénibles, presque incessantes, le nombre des selles est plus considérable. Zimmermann a vu des malades en avoir plus de deux cents dans l'espace de quelques heures seulement. Les matières sont les mêmes que précédemment, mais elles sont plus souvent rougeâtres, quelquefois brunes, noires, puriformes, semblables à du sperme, à du frai de grenouilles, souvent séreuses; enfin, à une époque plus éloignée, elles sont comparables à de la lavure de chair, et, dans tous les cas, elles exhalent une horrible fétidité. Il est des malades qui, de temps en temps, rendent du sang pur, et quelquefois en quantité considérable; il en est aussi qui à une époque éloignée du début expulsent encore des matières fécales solides, arrondies, retenues probablement jusqu'alors dans les bosselures du gros intestin. Les symptômes généraux sont en rapport avec cet état local : la physionomie est altérée, l'abattement est extrême, la soif inextinguible, mais les boissons ne peuvent être ingérées sans provoquer presque à l'instant le besoin d'aller à la selle ; la respiration est accélérée ; il existe une réaction fébrile considérable; la chaleur de la peau est sèche et âcre; le pouls est tantôt fort, ample, développé; d'autres fois, petit et concentré.

La manifestation ou la prédominance de certains accidents imprime souvent à la maladie une physionomie spéciale, et justifie les variétés que les auteurs ont admises. C'est ainsi que quelquefois il existe un délire plus ou moins violent, des soubresauts des tendons, un tremblement général, et cet ensemble symptomatique qui caractérise l'*état ataxique*. Plus souvent on voit les malades tomber dans la prostration : la langue se sèche et brunit, les dents s'encroûtent de fuliginosités, le

ventre est tendu, météorisé : c'est la dysenterie *adynamique*, qui, comme la forme précédente, est tantôt primitive, et tantôt consécutive à une réaction vive, avec un pouls fort, développé, avec turgescence de la face, c'est-à-dire avec l'ensemble des symptômes qui caractérisent la fièvre inflammatoire. (*Dysenterie inflammatoire.*) La dysenterie adynamique est celle qu'on observe le plus communément dans les camps et les prisons, et qui complique si souvent le typhus. Enfin, au lieu des symptômes précédents, il peut exister une langue jaunâtre, avec amertume de la bouche, des envies continuelles de vomir, des vomissements verdâtres et qui soulagent : c'est la dysenterie *bilieuse* de Stoll.

Quelle que soit d'ailleurs sa forme, lorsque la dysenterie doit se terminer d'une manière funeste, la face s'altère de plus en plus, le pouls devient petit, irrégulier, le ventre se météorise, les selles et le ténesme redoublent; parfois, au contraire, ils diminuent; les malades sont tourmentés par un hoquet continuel; toutes les évacuations exhalent une odeur fétide; l'amaigrissement fait des progrès. Enfin la mort survient, tantôt par suite de l'aggravation des symptômes et la marche naturelle de la maladie, tantôt par suite d'un accident, comme une hémorrhagie intestinale, ou bien une péritonite sur-aiguë, consécutive à une perforation des intestins. Une amélioration progressive se remarque au contraire dans les symptômes, lorsque la maladie doit avoir une heureuse issue. Mais, dans ces cas, on a vu plusieurs fois les malades être atteints de paralysies partielles, comme à la langue, et spécialement aux membres supérieurs ou inférieurs. Ces accidents, d'ailleurs fort rares, peuvent être également observés dans la période la plus aiguë de la maladie. Presque toujours la cessation des symptômes est définitive; d'autres fois la maladie récidive soit spontanément, soit par suite d'un écart de régime, mais quelquefois son retour tient à une cause spécifique; c'est ainsi que nous avons déjà signalé la dysenterie comme constituant une des variétés des fièvres pernicieuses : elle affecte alors presque toujours le type tierce.

Assez souvent, surtout dans les temps d'épidémie, la dysenterie passe à l'état chronique; c'est ce qui a lieu du vingt-cinquième au trentième jour. On observe alors les douleurs, et le ténesme comme dans la forme aiguë; les matières excrétées, moins souvent sanguinolentes, ont un aspect purulent, elles sont très fétides; le ventre est tendu, météorisé, l'appétit est nul ou bien irrégulier et déréglé. Les écarts de régime que la plupart des malades commettent sont une des causes principales qui perpétuent la maladie. La dysenterie chronique suit rarement une marche uniforme, mais elle offre des alternatives d'exacerbation et de rémissions; cependant bientôt l'amaigrissement fait de continuels progrès, les sujets s'infiltrent, et la mort survient dans le marasme.

Durée. — La dysenterie a une durée plus ou moins longue; si elle est bénigne, elle se termine communément en quatre ou huit jours. Dans la

forme grave, cette durée varie de un à trois septénaires. La mort arrive rarement avant le huitième ou neuvième jour; cependant, dans quelques épidémies, beaucoup de malades succombent dès le troisième. C'est ce qu'on voit surtout dans les régions inter-tropicales, où la dysenterie a communément plus d'intensité et une marche beaucoup plus rapide. La dysenterie chronique a une durée indéterminée : elle peut persister plusieurs années si elle n'est pas très intense.

Diagnostic. — Le diagnostic de la dysenterie est presque toujours facile : les douleurs, le ténesme, l'excrétion laborieuse d'un mucus sanguinolent, forment une réunion de symptômes qu'on ne rencontre guère que dans cette affection. On peut néanmoins les observer à un certain degré dans le cancer du rectum et les hémorrhoïdes internes. Cependant nous verrons qu'entre ces maladies et la dysenterie il existe tant de dissemblances, qu'il est vraiment impossible de les confondre entre elles. Nous en dirons autant de la colique de cuivre et du choléra-morbus. Enfin, dans les différentes espèces d'entérites que nous avons étudiées, on n'observe pas les mêmes évacuations; dans ces affections, celles-ci sont jaunes ou vertes, et rendues en grande quantité et sans ténesme, tandis que les matières dysenteriques, toujours peu abondantes, sont muqueuses, séreuses, purulentes, plus ou moins mêlées de sang.

Pronostic. — La dysenterie simple, sporadique, surtout apyrétique, a presque toujours une heureuse issue; il n'en est plus de même de celle qui est épidémique, surtout lorsqu'elle sévit sur les grandes réunions d'hommes. La décomposition des traits, la prostration, la petitesse du pouls, le hoquet et la fétidité des évacuations sont des symptômes qui indiquent un grand danger. La dysenterie chronique est également fort grave lorsqu'elle règne dans les camps et les prisons, puisqu'on évalue que sa mortalité est de 80 pour 100. La coïncidence du rhumatisme et de la dysenterie serait aussi, d'après M. Thomas, une circonstance très fâcheuse.

Étiologie. — La dysenterie est commune à tous les âges; elle est peut-être plus fréquente chez l'adulte et le vieillard; elle atteint aussi plus souvent les hommes; mais on ignore encore l'influence que les diverses constitutions exercent sur sa production. La dysenterie sévit dans toutes les saisons et dans tous les pays du globe. Néanmoins, c'est pendant l'automne et à la fin de l'été, c'est dans les pays chauds intertropicaux, qu'elle est la plus commune et la plus meurtrière. Elle règne surtout dans ceux où il existe de brusques variations de température. Dans ces pays, elle sévit spécialement chez les étrangers non encore acclimatés; les indigènes y sont moins sujets. La dysenterie est encore commune dans les lieux où règne une chaleur humide, comme une grande partie de l'Amérique, et la plupart des pays marécageux pendant la saison chaude. Un grand nombre de dysenteries épidémiques ou sporadiques

ont été produites par l'usage d'aliments de mauvaise qualité, tels que des farines avariées, des légumes indigestes, des fruits verts acerbes, tandis que les fruits mûrs, pris immodérément, n'ont pas le même inconvénient. La chair du porc, l'ingestion d'eau croupie, de vin de mauvaise qualité, l'abus des drastiques, l'inspiration de vapeurs putrides, telles que celles que produisent les substances animales en décomposition, ont souvent déterminé des dysenteries fort graves. Enfin, l'impression du froid, la fatigue, les marches excessives, les émotions morales, sont tout autant de causes qui peuvent déterminer la maladie. Mais, comme l'observe Zimmermann en parlant de l'épidémie de 1765 qu'il a si bien décrite, pour que les causes dont nous venons de parler agissent, il faut nécessairement qu'il existe déjà dans l'individu une prédisposition particulière préexistante. L'action de ces différentes causes s'exerçant souvent tout à la fois sur un grand nombre de personnes, explique pourquoi la dysenterie règne si souvent épidémiquement, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer alors un principe contagieux pour se rendre compte de la propagation rapide de l'affection. Cependant les auteurs les plus éminents, tels que Zimmermann, Pringle, Lind, Cullen, P. Frank, Pinel, Desgenettes, ont soutenu la doctrine de la contagion. La plupart pourtant ne regardent pas la dysenterie comme étant essentiellement contagieuse, mais comme le devenant dans certaines conditions : ainsi, elle le serait toutes les fois qu'elle règne épidémiquement, et lorsqu'un grand nombre d'individus sont entassés dans des lieux insalubres. Il nous semble difficile qu'on puisse contester absolument la possibilité de la contagion de la dysenterie en présence surtout des grandes autorités qui l'ont soutenue; mais nous dirons que ce mode de transmission est un fait exceptionnel, car on ne l'observe presque jamais quand la maladie règne sporadiquement; mais il a probablement lieu dans certaines épidémies graves. On lit à ce sujet, dans Pringle et Zimmermann, des observations dont il est impossible de contester la valeur. Les faits réunis par M. Gendron, pour prouver la contagion de la dysenterie sporadique, sont moins concluants. Parmi les contagionistes, il en est peu qui admettent que la contagion puisse avoir lieu par les sueurs, le simple contact, ou par l'haleine, tandis que tous s'accordent à regarder les miasmes qui s'exhalent des matières alvines comme étant la cause principale ou unique de la transmission de la maladie.

Traitement. — Lorsque la dysenterie sévit, il faut se hâter d'éloigner les causes qui ont déterminé ou favorisé son développement; c'est ainsi qu'on détruira tous les foyers d'infection, qu'on disséminera les malades le plus possible, qu'on les préservera des variations atmosphériques, et qu'on s'opposera par le lavage et la ventilation aux effets de la malpropreté et du non-renouvellement de l'air. Le traitement médical devra ensuite varier suivant le caractère de la ma-

ladie. Lorsque la dysenterie est bénigne, on se bornera à prescrire le séjour dans une température douce, l'abstinence complète de toute alimentation, l'usage de boissons mucilagineuses, de bains, de demi-lavements et de cataplasmes émollients sur le ventre. Le seul remède un peu actif qu'il convient d'employer alors est l'opium ; il est utile surtout dans les cas de dysenterie apyrétique; on l'administre en pilules, à la dose de 7 à 15 centigrammes d'extrait gommeux, ou bien en lavements, et alors on préfère le laudanum de Sydenhan (10 gouttes, une ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures). On n'alimentera les malades que lorsque les coliques auront cessé et que les selles ne seront plus sanguinolentes; les malades s'astreindront à un régime sévère longtemps encore après leur guérison, à cause de la facilité avec laquelle la maladie récidive.

Mais lorsqu'il existe une vive réaction fébrile, lorsque surtout le pouls offre beaucoup de force et d'ampleur et que le sujet est jeune, l'opium ne doit point être prescrit, à moins pourtant que les douleurs ne soient trop vives; mais on aura recours préalablement à la saignée générale, et surtout on appliquera sur le ventre un grand nombre de sangsues. Lorsque les signes de réaction se sont calmés, on achève la guérison par l'opium, si aucune autre complication ne s'oppose d'ailleurs à son administration.

Dans le dernier siècle surtout, les évacuants (vomitifs et purgatifs) furent généralement employés dans le traitement de la dysenterie; cependant on pense communément aujourd'hui que ces médicaments ne doivent être administrés que pour obéir à une indication précise. C'est ainsi que leur emploi devrait être limité au cas où il existe des symptômes d'embarras gastrique. Cependant il est incontestable que dans un grand nombre d'épidémies, les évacuants, administrés empiriquement, ont été très avantageux. Nous croyons, nous, que l'emploi des émétiques et des purgatifs dans le traitement de la dysenterie ne peut être subordonné à aucune règle fixe, et qu'il faut consulter avant tout le génie épidémique ou de la constitution régnante. Les évacuants ont surtout été préconisés dans la dysenterie des camps. Pringle avait coutume de donner, deux ou trois fois par jour, 25 centigrammes d'ipécacuanha, puis il administrait quelques laxatifs doux pendant trois ou quatre jours de suite. L'huile de ricin, le calomel et les sels alcalins devront être donnés de préférence. On s'abstiendra toujours des purgatifs violents.

Dans les dysenteries dites *malignes*, il faut tâcher d'obéir aux indications prédominantes. Ainsi, il est des cas où les antiphlogistiques seront utiles; mais dans cette forme de la maladie, il faut toujours en user avec prudence. Plus souvent la prostration des forces réclame l'emploi des toniques (vin, quina). Zimmermann croit aussi que l'ipéca, donné à doses réfractées, a l'avantage de soutenir les forces. C'est encore dans

le même but qu'on applique des vésicatoires. Enfin, le musc, le camphre, les bains et les affusions serviront à combattre les accidents nerveux ataxiques. Mais malheureusement les secours de l'art échouent le plus souvent contre cette forme de la dysenterie. On a encore préconiséune foule d'autres remèdes plus ou moins actifs contre cette maladie; mais il n'en est aucun dont l'usage puisse être justifié par des succès assez nombreux: aussi croyons-nous qu'il est prudent de s'en abstenir; tels sont en particulier la noix vomique, l'acide nitreux, le tabac, l'acétate de plomb, les chlorures, le sulfate de quinine. Ce dernier médicament n'est indiqué que lorsque la dysenterie revêt les caractères de la fièvre pernicieuse; dans ce cas, je l'ai vu aussi héroïque que dans les autres affections périodiques. Enfin quelques médecins ont vanté de nos jours l'administration de l'albumine à l'intérieur, en tisane (2 blancs d'œuf dans eau sucrée 1 litre), en potion (1 ou 2 blancs d'œuf dans une eau distillée de laitue ou de tilleul); enfin, en lavement (même quantité). Ce médicament paraît, en effet, avoir été parfois utile. Peut-être réussit-il à titre d'émollient.

Pour le traitement de la dysenterie chronique, on suivra les règles que nous avons tracées précédemment en parlant de l'entérite chronique. On pourra essayer contre elle les astringents; mais il faut être très prudent dans leur emploi, car, donnés sans mesure par quelques médicastres du dernier siècle, ils ont été la source d'une foule d'accidents (Zimmermann). C'est surtout dans cette forme de la maladie que le changement de lieu est utile. Enfin on voit quelquefois des malades qui, quoique guéris de la dysenterie, continuent néanmoins à être tourmentés par le ténesme; il faut alors chercher la cause de cet accident, qui peut dépendre d'une ulcération du rectum, ou de la présence de scybala dans cet intestin. Quelquefois pourtant il n'existe aucune altération matérielle, il suffit alors d'administrer un doux laxatif pour triompher aussitôt de ce symptôme incommode, ainsi que je l'ai constaté maintes fois.

Nature. — La dysenterie est certainement une inflammation; mais si on réfléchit à la nature de ses symptômes, aux causes qui la font naître, et à la possibilité de la contagion, on sera porté à admettre avec quelques auteurs qu'elle doit être classée au nombre des phlegmasies spécifiques.

INFLAMMATION DES ANNEXES DES ORGANES DIGESTIFS.

DES PAROTIDES.

Dans le langage pathologique, le mot *parotide* sert à désigner un engorgement aigu inflammatoire de la glande parotide qui survient communément dans la période d'accroissement ou vers le déclin de plusieurs maladies graves, comme la peste, le typhus d'Europe et d'Amérique, et dans quelques cas de fièvre typhoïde et de fièvres pernicieuses. On les a distinguées en *critiques* et en *acritiques*, suivant que leur apparition coïncide avec une amélioration dans les symptômes principaux de la maladie, ou qu'au contraire elle est suivie d'une aggravation dans l'état général. Dans l'un et l'autre cas, la parotide constitue une affection essentiellement symptomatique : il peut n'y avoir qu'une parotide ; d'autres fois il s'en forme deux. Le gonflement est toujours considérable ; il gagne toute la région parotidienne, une partie de la face et du cou ; il est souvent assez considérable pour empêcher l'écartement des mâchoires, pour gêner la déglutition et la circulation cérébrale par suite de la compression exercée sur les vaisseaux du cou. La tumeur est plus dure que celle de l'oreillon ; elle a quelquefois tous les caractères des tumeurs phlegmoneuses ; d'autres fois la tuméfaction offre de l'empâtement, et la peau est violacée. Que les parotides soient critiques ou acritiques, elles se terminent rarement par résolution. Presque toujours, en effet, elles suppurent, et souvent aussi la gangrène s'y développe. La suppuration se fait jour quelquefois par le conduit auditif ; d'autres fois le pus fuse le long du cou jusque dans la poitrine. Les différents modes de terminaison que je viens de faire connaître et les caractères de la tumeur indiquent quel doit être le traitement à opposer aux parotides.

Dans la parotide, les grains glanduleux sont réellement affectés; mais nous ne savons pas s'ils le sont primitivement ou consécutivement au tissu cellulaire.

DE L'HÉPATITE OU HÉPATITIS.

Le mot *hépatite* sert à désigner l'inflammation aiguë ou chronique du tissu du foie.

Historique. — Cette affection, vaguement indiquée avant Galien, un peu mieux connue depuis lui, et surtout depuis les travaux de Bianchi, de F. Hoffmann, de Van Swiéten et de Morgagni, a été l'objet de quelques recherches de la part des modernes, parmi lesquels il faut citer, en France, MM. Andral, Louis, Jourdan et Mérat ; en Angleterre, on distingue les travaux de Saunders, de Twining, et surtout

l'ouvrage d'Annesley, qui d'ailleurs ne mérite pas à tous égards la réputation qu'on lui a faite.

Caractères anatomiques. — Il n'est peut-être aucun organe de l'économie dont l'inflammation soit aussi difficile à caractériser anatomiquement que celle du foie. La plupart des auteurs, surtout les modernes, ont eu le tort grave de vouloir trop souvent établir l'existence d'une inflammation d'après un ou deux caractères tout-à-fait insuffisants. C'est ainsi qu'on a parlé d'une congestion active pouvant être parfois assez intense pour produire des hémorrhagies interstitielles, ou une exhalation de sang dans le péritoine, et qui constituerait le premier degré de la phlegmasie. Le foie contenant alors plus de sang que de coutume, offre dans toute son étendue, ou dans un point plus ou moins circonscrit, une coloration d'un rouge plus ou moins foncé, uniforme ou finement ponctué, et s'accompagnant souvent d'une augmentation dans le volume de l'organe, ce qui s'explique par la grande quantité de sang que celui-ci renferme, plutôt que par une sorte d'hypertrophie ou d'excès de nutrition que son tissu aurait subie. Je suis loin de contester que l'inflammation ne puisse tout-à-fait à son début produire dans le foie les deux altérations que je viens de désigner; mais comme celles-ci se développent le plus fréquemment indépendamment de tout travail inflammatoire et sous l'influence seulement d'un obstacle à la circulation; comme rien d'ailleurs ne peut faire distinguer l'une de l'autre la congestion mécanique et celle qui est vitale, il s'ensuit que l'injection du foie avec ou sans augmentation dans le volume de l'organe, ne saurait jamais être regardée comme l'indice d'une hépatite commençante. Ce que je dis de la congestion s'applique aussi à certaines altérations de nutrition qu'on remarque souvent dans le tissu du foie. Celui-ci, en effet, est tantôt sec et friable, plus souvent il est ramolli; il se laisse aisément pénétrer par le doigt. Ces lésions existent isolément, ou bien elles coïncident avec l'injection du tissu; mais dans l'un comme dans l'autre cas, nous pensons, avec M. Louis, qu'on ne saurait considérer encore ces diverses altérations comme une preuve *certaine* d'hépatite, à moins qu'il n'existe en même temps une certaine quantité de pus, ou bien encore à moins qu'on n'eût observé pendant la vie tous les symptômes qui caractérisent une inflammation aiguë de l'organe. Ainsi donc la présence du pus dans le foie peut seule caractériser un hépatite. Ce liquide n'est presque jamais infiltré, mais il est réuni le plus souvent en un ou plusieurs foyers de forme et de dimensions variables. Les uns sont superficiels, les autres occupent le centre de l'organe; l'un d'eux peut envahir tout un lobe (le droit surtout); on a même vu le foie, réduit à ses membranes d'enveloppe, être converti en une vaste poche purulente (Bontius). Le pus est presque toujours blanc, phlegmoneux; plus rarement il est verdâtre, ou bien il offre une coloration rouge lie de

vin ou brune chocolat, à cause de son mélange avec du sang et avec le détritus de la substance du foie. Dans ce dernier cas, le liquide ressemble davantage à de la lavure de chair. Sa quantité varie beaucoup; elle n'est communément que de 50 à 60 grammes. Nous l'avons vue s'élever une fois à plus de 1,500 grammes, et on a même cité des cas où le foie contenait jusqu'à 4 ou même 5 kilogr. 1/2 de pus. Beaucoup de ces abcès, même lorsqu'ils sont très récents, sont enkystés; dans d'autres, le pus baigne immédiatement le tissu du foie qui est rouge, ramolli, friable; plus rarement celui-ci est intact autour de la collection purulente; il semble alors être seulement refoulé, comprimé par le liquide épanché. La cavité des abcès est libre, ou bien elle est sillonnée par des cloisons incomplètes, par des détritus flottants, et qui indiquent qu'il y a eu primitivement plusieurs petites collections purulentes qui se sont confondues en une seule. Les abcès du foie, s'ils occupent la superficie, peuvent contracter des adhérences avec les organes voisins; néanmoins cela n'a lieu qu'au bout d'un temps assez long, ce qui s'explique par la capsule fibreuse de Glisson, qui s'oppose pendant longtemps à ce que la phlegmasie se propage à la membrane péritonéale. Les anciens ont beaucoup parlé de la gangrène du foie; cependant cette lésion est excessivement rare: ainsi M. Andral n'en a vu qu'un seul exemple; dans le cas qu'il cite, l'escarre s'était formée autour d'un abcès.

Lorsque l'hépatite est partielle, la bile offre à peu près ses qualités normales; dans quelques cas, pourtant, elle est séreuse, jaunâtre, sanguinolente, cependant nous manquons encore sur ce point de renseignements précis. Les altérations consécutives des organes digestifs (injections, ramollissements) ne sont pas plus communes dans l'hépatite que dans le cours des autres affections aiguës ou chroniques, du moins dans notre climat.

Symptômes et marche. — Comme toutes les maladies aiguës, l'hépatite débute, tantôt brusquement, tantôt elle a quelques prodromes. Les symptômes qui la caractérisent sont les uns locaux, les autres généraux. L'un des plus importants parmi les premiers est une douleur, en général, obtuse, quelquefois vive et lancinante, surtout si l'hépatite est superficielle. Cette douleur occupe tout l'hypochondre, ou bien elle est circonscrite à l'épigastre, vers le rebord des fausses côtes, et à un point quelconque de l'hypochondre droit. Elle s'irradie plus ou moins loin, spécialement en arrière, le long du rachis, et retentit parfois jusque dans l'épaule droite, ou le long du cou, ce qu'on explique par le nerf diaphragmatique, qui a quelques rapports avec le ligament coronaire du foie. Cette douleur est continue, exacerbante; la pression l'exaspère, surtout si l'hépatite occupe la convexité; il en est de même de l'inspiration, de la toux, des mouvements du tronc. Ceux-ci sont rendus difficiles, et il est beaucoup de malades

qui, ne pouvant se tenir dans une position verticale, marchent en tenant leur tronc dans un état permanent de flexion ; la plupart aussi, lorsqu'ils sont couchés, restent en supination ou un peu inclinés sur le côté droit. On constate bientôt que l'organe a acquis un volume plus considérable. L'hypochondre droit est en effet dilaté ; la percussion fait reconnaître une augmentation plus ou moins considérable dans le diamètre vertical du foie, qui dépasse plus ou moins le rebord costal, comme il est facile de le constater aussi à l'aide de la palpation. Cependant il n'est pas très rare de voir des foies qui, quoique ayant acquis un volume considérable, ne font pourtant aucune saillie au-dessous de rebord des fausses côtes. Dans ces cas, le développement de l'organe s'opère de bas en haut, aux dépens du côté droit de la poitrine, et c'est alors par la percussion seule, ou aidée de l'auscultation, qu'on déterminera le degré de saillie qu'il forme dans cette cavité. D'ailleurs cette augmentation de volume peut être partielle ou générale; elle explique les sentiments de pesanteur que la plupart des malades ressentent indépendamment de la douleur, et qu'ils rapportent au sternum, à l'épigastre et aux attaches du diaphragme. La sécrétion bilieuse est très fréquemment modifiée ; c'est ainsi qu'on observe assez souvent des vomissements bilieux, une teinte ictérique générale ou bornée aux sclérotiques. Toutes choses égales d'ailleurs, ces accidents sont plus communs dans les pays chauds que dans nos climats tempérés. Indépendamment de ces troubles, la langue est sale, blanchâtre ; il y a une saveur amère, la soif est variable ; il y a des nausées, des hoquets, des vomissements, de la constipation ou de la diarrhée ; les matières alvines sont tantôt décolorées, tantôt, au contraire, fortement teintes par la bile ; dans quelques cas elles sont noirâtres et sanguinolentes. L'urine, moins abondante, est d'une couleur plus foncée. Beaucoup de malades toussent ; ils se plaignent de dyspnée, d'oppression, accidents qui s'expliquent le plus ordinairement par le refoulement du diaphragme, la compression du poumon et la dilatation incomplète du côté droit du thorax dans son diamètre vertical. Au début, le pouls peut conserver sa fréquence ; mais presque toujours il s'accélère et acquiert de la force et de l'ampleur ; rarement on le trouve déprimé, irrégulier. La fièvre, plus ou moins intense, est continue ; elle affecte quelquefois la forme d'accès, et peut simuler alors une fièvre intermittente ou rémittente. Enfin le système nerveux est lui-même plus ou moins influencé, comme le prouvent la céphalalgie, les courbatures, la perte des forces. Dans quelques cas même on observe du délire, de l'agitation, de l'insomnie et des symptômes adynamiques.

Telle est la physionomie générale de l'hépatite ; cependant le siége de la maladie, et quelques autres circonstances souvent difficiles à apprécier déterminent la manifestation ou la prédominance de quelques sym-

ptômes. C'est ainsi que lorsque l'inflammation occupe la face convexe du foie, la douleur et les troubles respiratoires prédominent; il y a plus souvent des hoquets, tandis que les symptômes gastriques sont peu marqués. Le contraire arrive dans l'hépatite de la concavité, qui est remarquable par la tension épigastrique, la teinte ictérique, les nausées et les vomissements. L'hépatite centrale, c'est-à-dire celle qui est bornée au centre d'un lobe, ne produit que des symptômes locaux peu marqués, ou même nuls; la maladie est alors véritablement latente, tandis que si la phlegmasie occupe la surface (*hépatite érysipélateuse des anciens*); elle se propage le plus souvent au feuillet correspondant du péritoine, et l'on observe alors tous les symptômes d'une péritonite circonscrite, et qui peuvent masquer ceux qui appartiennent à l'hépatite elle-même. Enfin, dans les pays chauds, l'hépatite s'accompagne plus souvent que dans nos climats de symptômes ataxiques ou adynamiques, ce qui dépend peut-être de ce que dans les premiers la maladie se complique plus souvent que chez nous de dysenterie et d'autres lésions graves du côté des organes digestifs.

Marche, durée. — Les circonstances précédentes influent non seulement sur la physionomie de la maladie, mais encore sur sa marche et sa durée; c'est ainsi que, dans les climats chauds, l'hépatite suit une marche plus aiguë; il en est de même quand la maladie occupe la face concave de l'organe.

Terminaisons. — L'hépatite se termine par résolution, par suppuration, par gangrène ou bien elle passe à l'état chronique. La terminaison par résolution a communément lieu du septième au quinzième jour. Elle commence par la diminution progressive de tous les symptômes. On a dit qu'elle était souvent marquée par quelques phénomènes critiques, tels que des épistaxis, des selles bilieuses, des urines ou des sueurs abondantes, et, d'après Sœmmering, par un léger gonflement douloureux de la rate; mais il n'y a encore à ce sujet rien de bien démontré. La guérison est presque toujours complète; néanmoins quelques malades conservent encore pendant longtemps un peu de gêne et des tiraillements lorsqu'ils veulent redresser le tronc, ce qui dépend ordinairement d'adhérences établies entre les deux feuillets opposés du péritoine, lorsque, l'hépatite ayant été très superficielle, l'inflammation s'est propagée à la membrane séreuse. La gangrène, comme nous l'avons déjà dit, est une terminaison fort rare, et l'on s'accorde généralement à regarder comme devant l'annoncer la prostration subite des forces, l'accélération et la petitesse du pouls; la mort alors serait presque inévitable, et elle surviendrait rapidement au milieu de tout l'appareil des symptômes adynamiques et ataxiques. La suppuration paraît être, au contraire, une terminaison très fréquente de l'hépatite. Lorsque le pus se forme, la douleur diminue ou cesse, la fièvre tombe, les ma-

lades accusent une simple pesanteur dans l'hypochondre, qui est un peu tendu et empâté. Il y a souvent des frissons erratiques, quelques sueurs nocturnes, et des redoublements fébriles irréguliers. Quelques malades alors se rétablissent incomplétement, c'est-à-dire que la fièvre cesse tout-à-fait, l'appétit renaît; mais la faiblesse n'en persiste pas moins, et souvent même les malades continuent à maigrir. On constate d'ailleurs que le foie est resté plus volumineux, et quelquefois on reconnaît alors l'existence d'une tumeur fluctuante faisant saillie sous le rebord costal. Il est douteux que les abcès du foie puissent jamais se terminer par résorption. Lorsqu'en effet la vie se prolonge suffisamment, le pus finit toujours par se frayer une issue au-dehors. On a dit que lorsque des canaux biliaires un peu considérables siégeaient dans le voisinage de l'abcès, le pus pouvait finir par y pénétrer, et être alors évacué par l'intestin, suivant le même mécanisme que la bile (Saunders). Cependant, dans presque tous les cas, les abcès du foie se terminent par ouverture. Celle-ci peut s'opérer dans le péritoine, et provoquer alors une péritonite suraiguë et mortelle en quelques heures; le plus ordinairement, l'abcès s'ouvre dans un organe voisin, après avoir préalablement contracté des adhérences avec lui. C'est ainsi qu'on voit les abcès du foie s'ouvrir dans l'estomac, dans la seconde courbure du duodénum, dans le colon transverse ou dans la partie supérieure du colon ascendant; ou bien, se portant vers la poitrine, ils s'épanchent dans le péricarde, dans la plèvre, et plus souvent encore ils se vident dans les bronches après l'ulcération des poumons. Situés près des veines cave et porte, ils peuvent aussi, ulcérant les parois de ces vaisseaux, s'ouvrir dans leur cavité; le pus alors se mêlant au sang produit des accidents de résorption très rapidement mortels; quelquefois la mort paraît avoir été presque instantanée. Enfin, la suppuration peut se frayer une issue à travers la paroi de l'hypochondre droit, ou bien le pus, fusant plus loin, va former des abcès symptomatiques à l'ombilic, au pli de l'aîne, dans le dos et jusque dans l'aisselle. Le point vers lequel le pus se dirige est surtout déterminé par le siége de l'abcès et la disposition des parties voisines. Les symptômes qui précèdent, annoncent ou accompagnent la rupture d'un abcès du foie, varient beaucoup suivant les points où celle-ci s'opère. Ainsi, l'abcès devenu superficiel contracte-t-il des adhérences avec la plèvre ou le péritoine, on constate souvent les signes d'une pleurésie ou d'une péritonite circonscrite; souvent aussi il existe des symptômes de compression du côté de l'organe avec lequel l'abcès contracte des adhérences. C'est ainsi qu'on observe des vomissements quand l'abcès appuie sur l'estomac; nous avons vu la compression du colon produite par la cause dont je parle, déterminer tous les signes d'un iléus. Enfin, quand le pus se porte vers les poumons, le son s'obscurcit, le bruit respiratoire diminue à la base du thorax, puis un râle crépitant est perçu;

celui-ci devient de plus en plus gros et humide; il se rapproche de l'oreille; enfin, on finit par constater un véritable gargouillement quand l'excavation qui s'est creusée dans le foie et le poumon communique avec les bronches (1).

La rupture de l'abcès dans un organe creux est, en général, brusque. Comme elle se fait communément par une ouverture large ou qui, du moins, s'agrandit très vite, il s'ensuit qu'elle coïncide ordinairement avec l'affaissement de la tumeur, phénomène qu'on constate aisément toutes les fois que l'abcès fait saillie au-dehors. Bientôt après surviennent des accidents variables suivant l'organe où le pus s'est épanché. Ce liquide est-il dans l'estomac, il est rejeté souvent par le vomissement; est-il versé dans l'intestin, il est évacué par les selles; enfin, s'est-il frayé une route à travers les poumons, il excite la toux et il est rejeté à flot par la bouche. Souvent alors, en auscultant les malades, on constate dans la région du foie les signes physiques d'une vaste excavation (gargouillement, souffle caverneux, amphorique, tintement métallique). Les malades éprouvent toujours, aussitôt après, un grand soulagement. Il en est chez lesquels la suppuration, après avoir persisté quelques jours, se tarit peu à peu, et bientôt la convalescence se déclare. Mais dans la plupart des cas, surtout si l'abcès a une grande étendue, on voit les accidents momentanément suspendus continuer à s'accroître, et la mort survenir rapidement au milieu des symptômes adynamiques ou ataxiques des résorptions purulentes, ou bien lentement et avec l'appareil symptomatique des fièvres hectiques (*phthisis hepatica* des anciens).

Complication. — L'hépatite qui règne dans les climats chauds est rarement une maladie simple; on dit que presque toujours, en effet, elle s'y complique de gastro-duodénite, de dysenterie, de péritonite, de fièvre intermittente, plus rarement de pneumonie ou de pleurésie.

Diagnostic. — L'hépatite de la convexité a souvent été confondue avec la pneumonie; en effet, la douleur de côté, la toux, l'anxiété, la fièvre et l'ictère sont des accidents communs à l'une et à l'autre; ajoutons que, dans l'hépatite, le foie, en se développant vers la poitrine, peut produire de la matité et affaiblir ou même suspendre le murmure vésiculeux dans une certaine étendue. Mais dans le cas de pneumonie, on constatera des crachats rouillés, de la crépitation et du souffle tubaire; de même l'existence du souffle de l'égophonie et la possibilité de faire varier la matité et les symptômes d'auscultation communs à la pleurésie et à l'hépatite permettent de distinguer ces deux affections, indépendamment des lumières qui seront fournies par les autres symptômes et l'état général. La gastrite sur-aiguë diffère de l'hépatite par la vivacité de la douleur siégeant à l'épigastre, par l'intensité de la soif et

(1) Voir mon *Traité pratique de la Pneumonie*, p. 355 et suiv.

le nombre des vomissements. Dans la gastro-duodénite on dit qu'il existe souvent des troubles du côté de la sécrétion biliaire et notamment un ictère; mais le foie conserve son volume comme on peut s'en convaincre par la palpation et la percussion. Nous verrons plus tard qu'il n'est pas possible de confondre l'hépatite avec les coliques hépatiques ou néphrétiques. Le diagnostic, différentiel de l'hépatite avec les fièvres jaune, bilieuse et rémittente des pays chauds, n'offre aucune difficulté; nous renvoyons d'ailleurs à ce que nous avons dit précédemment aux pages 68 et 69. Les abcès du foie, par les symptômes locaux et généraux qui les précèdent, et en raison de l'empâtement et de l'œdème qu'ils produisent, seront facilement distingués des tumeurs hydatiques ou de celles qui sont formeés par la vésicule.

Pronostic. — L'hépatite est une maladie toujours grave; elle est plus fâcheuse dans les pays chauds, surtout lorsqu'elle y atteint les sujets non acclimatés. Sa terminaison par suppuration doit aggraver le pronostic; l'ouverture de l'abcès à travers les parois est préférable à celle qui se fait dans un organe creux; elle doit être considérée comme une circonstance heureuse.

Etiologie. — L'hépatite est excessivement rare dans notre climat; elle est, au contraire, très commune dans les pays inter-tropicaux sans qu'il soit possible de dire si elle dépend spécialement de la chaleur, des variations de température ou bien du mode d'alimentation. Quoi qu'il en soit, l'hépatite, rare partout avant la puberté, atteint plus souvent les hommes: mais on ignore l'influence exercée par les tempéraments et la constitution. On a dit que les miasmes marécageux, que l'usage des eaux stagnantes, que l'abus des alcooliques et que les passions tristes peuvaient provoquer la maladie; mais il n'y a encore rien de certain à cet égard. Dans notre climat, l'hépatite est presque toujours traumatique, et dans les cas rares où elle est spontanée, elle est communément primitive; rarement elle succède à une phlegmasie gastro-intestinale.

Traitement. — Le traitement de l'hépatite est essentiellement antiphlogistique; on se conduira, pour l'appliquer, d'après les règles ordinaires. Il est généralement utile de combiner les saignées générales aux saignées locales; celles-ci seront faites à l'hypochondre droit ou à l'anus; on prescrira l'usage de cataplasmes émollients, de bains prolongés, de boissons tempérantes. La liberté du ventre sera entretenue à l'aide de lavements, et mieux encore par l'administration de laxatifs doux. Lorsque la médication antiphlogistique est épuisée, ou même avant qu'elle le soit, on emploiera simultanément, les préparations mercurielles. Ainsi des frictions avec l'onguent napolitain seront faites sur l'hypochondre, et on administrera à l'intérieur le calomel à doses fractionnées (1, 2 ou 4 grammes dans les vingt-quatre heures). Lorsque

du pus est formé, il faut essayer d'en provoquer la résorption ou tout au moins l'appeler vers la surface de la peau; dans ce but on applique des exutoires puissants (cautères et sétons) sur l'hypochondre, et on insistera sur les purgatifs, pourvu que l'état des organes digestifs le permette. L'abcès devenant superficiel, on n'en pratiquera l'ouverture qu'autant qu'il sera bien démontré qu'il adhère à la paroi abdominale antérieure; on aura cette conviction si la fluctuation est superficielle, voisine de la peau, et si au moins on constate l'œdème du tissu cellulaire sus-jacent à la tumeur. Pour peu qu'on ait des doutes, on ne devra pas donner issue au pus par l'instrument tranchant, mais on pénètrera dans le foyer avec la potasse caustique, qu'on appliquera suivant les règles que nous exposerons en traitant des tumeurs hydatiques du foie.

DE L'HÉPATITE CHRONIQUE.

Il est à peu près impossible, avec les documents que nous possédons actuellement, de tracer l'histoire de l'hépatique chronique, tant sous le rapport de l'anatomie pathologique que de la symptomatologie. Je vais exposer ici le peu que nous savons sur cette maladie qui tantôt est primitive, et tantôt consécutive à l'état aigu.

Anatomie pathologique. — Pendant un certain temps, et sous l'empire de la doctrine physiologique, les médecins avaient compris indistinctement, sous le nom d'hépatite chronique, presque toutes les altérations de structure du foie, depuis l'injection, le ramollissement et l'induration, jusqu'à l'atrophie, à l'ulcération, à la dégénérescence graisseuse et aux productions cancéreuses. Cette confusion a cessé d'exister aujourd'hui; mais il est impossible, néanmoins, de préciser à quels caractères on reconnaîtra sur le cadavre l'hépatite chronique. Une congestion sanguine, quelque intense quelle soit, ne saurait suffire, quoique cette lésion puisse à elle seule entraîner le dépérissement et la mort. Il en est de même de la diminution de consistance de l'organe, qui est une lésion que nous avons déjà vue maintes fois survenir même à un haut degré, indépendamment d'un travail inflammatoire; j'en dirais presque autant de l'induration. Néanmoins, si la consistance du foie était devenue considérable, sans pourtant que le tissu cessât de conserver son organisation, s'il offrait en même temps une altération de couleur, si surtout il était vivement congestionné, si son volume était augmenté, on pourrait peut-être rattacher ces lésions à un travail inflammatoire chronique. Mais on ne peut vraiment encore émettre à ce sujet que des conjectures. La suppuration, quand elle existe, est au contraire un signe certain de phlegmasie; elle peut survenir dans l'hépatite aiguë, comme dans l'hépatite chronique; dans celle-ci, l'abcès est toujours enkysté, la membrane pyogénique est résistante, souvent com-

posée de plusieurs feuillets, et entourée communément d'un tissu très induré, blanchâtre, grisâtre ou rouge.

Symptomatologie, marche et terminaison. — Les individus porteurs d'une des lésions qu'on attribue généralement à l'hépatite chronique, éprouvent pour la plupart une douleur obtuse, gravative; la percussion et la palpation font ordinairement constater une augmentation plus ou moins considérable dans le volume de foie. Les digestions sont presque constamment troublées; elles se font péniblement, s'accompagnent de douleurs et d'éructations; il y a tantôt constipation, tantôt diarrhée; les matières fécles ont, en général, leur couleur; quelquefois elles sont grisâtres et peuvent de temps en temps contenir du sang. La peau est blanche, grisâtre ou d'un jaune ictérique, et cette coloration est sujette à de grandes variations. Les malades sont languissants; leur nutrition se fait mal; ils maigrissent, puis leur ventre se développe par suite d'un épanchement séreux qui se fait dans le péritoine. Quand la maladie est parvenue à ce degré, la plupart des individus succombent sans arriver néanmoins jamais au degré de marasme qu'on rencontre dans beaucoup d'affections chroniques, notamment dans la phthisie. Quelques uns pourtant se rétablissent lentement, mais beaucoup restent sujets à de fréquents dérangements d'estomac; d'autres ont de temps en temps des flux sanguins par l'anus, et éprouvent quelquefois des récidives de leur mal qui finit par les emporter; c'est ce que j'ai eu la douleur d'observer il y a quelques années sur un de mes meilleurs amis que j'avais guéri, dix-huit mois avant, d'un abcès du foie.

Diagnostic. — L'hépatite chronique pourrait être confondue avec les diverses lésions organiques et les productions accidentelles du foie; mais en traitant de chacune de ces affections, nous rechercherons en quoi elles diffèrent de la maladie dont nous traitons.

Pronostic. — L'hépatite chronique est une maladie très grave.

Traitement. — Si le sujet est fort, s'il existe des douleurs vives et des signes de congestion, il sera utile de recourir de temps en temps à quelque émission sanguine locale, qu'on fera sur l'hypochondre ou à l'anus. On entretiendra la liberté du ventre avec des purgatifs salins. Si le foie est volumineux, on tâchera de résoudre l'engorgement par l'emploi de pommades et de topiques fondants et résolutifs, tels que les emplâtres de savon, de Vigo, les pommades mercurielles et iodées. C'est dans le même but qu'on administre à l'intérieur le calomel à doses fractionnées, ne s'arrêtant que quand il excite la salivation. Les alcalins ont été également préconisés; tels sont le savon médicinal à l'intérieur, le bicarbonate de soude donné en boisson, en bains, en douches sur l'hypochondre. On soumettra aussi les malades à l'usage de quelques eaux minérales, telles que celles de Vichy, de Carlsbad, de Néris, de Pougues, de Bourbon-l'Archambault, etc. Dans les cas les plus

rebelles, on appliquera sous le rebord costal un, deux ou trois cautères ou moxas. Enfin si l'individu habite un climat chaud, il faut conseiller l'émigration : c'est ainsi que beaucoup de créoles de nos Antilles, atteints d'hépatite chronique rebelle, et avec ascite, se réablissent en venant en Europe, ou en allant habiter sur le continent américain des pays moins chauds que ceux qu'ils quittent.

INFLAMMATION DES ORGANES D'EXCRÉTION DE LA BILE, ET SPÉCIALEMENT DE LA VÉSICULE.

DE LA CHOLÉCYSTITE.

Les conduits hépatique, cystique et cholédoque, ainsi que la vésicule du fiel, peuvent s'enflammer isolément ou simultanément. Mais de toutes les parties dont la réunion forme les voies biliaires, la vésicule est celle qui s'enflamme le moins rarement. On a proposé de désigner cette inflammation par le nom de *cholécystite.*

Caractères anatomiques. — Quand l'inflammation occupe les conduits hépatique, cystique ou cholédoque, ces canaux semblent plus volumineux; leur membrane interne est rouge, gonflée, friable, opaque, quelquefois ulcérée; et si l'ulcération atteint toutes les tuniques, une perforation a lieu. Dans l'inflammation de la vésicule, on trouve, en général, que cet organe est devenu plus ample; il est distendu par une bile altérée, mêlée ou non à des calculs, plus rarement on la trouve revenue sur elle-même et contenant du pus; sa membrane interne est rouge, épaissie ou amincie, friable, ulcérée, gangrenée. Ces diverses altérations envahissent presque toujours les autres tuniques : aussi trouve-t-on souvent les parois de la vésicule d'une épaisseur double ou triple, ou bien amincies et ayant la ténuité d'une toile d'araignée, d'autres fois parsemées d'escarres, ou bien perforées par suite d'un travail ulcératif qui a procédé de dedans en dehors. Cette participation de toutes les tuniques au travail inflammatoire se remarque surtout dans la cholécystite chronique. En général, alors, il y a exagération de l'état réticulé de la membrane muqueuse; les parois sont épaissies, et toutes les tuniques confondues en une masse homogène et comme fibreuse; l'organe, revenu sur lui-même est atrophié. Il est probable que beaucoup d'oblitérations et d'atrophies de la vésicule et des conduits biliaires n'ont pas d'autre origine qu'une inflammation aiguë ou chronique. Cette oblitération a lieu tantôt par suite du gonflement des parties, d'autres fois par la cicatrisation d'une ulcération qui fait adhérer entre elles les surfaces opposées. Les voies biliaires, lorsqu'elles sont le siége

d'une phlegmasie aiguë ou chronique, contiennent presque toujours un plus ou moins grand nombre de calculs.

Symptômes. — Il est impossible de tracer actuellement l'histoire symptomatique de l'inflammation des voies biliaires. Quoi qu'il en soit, voici les accidents qui ont été le plus souvent observés. Les malades ressentent une douleur très vive sous le rebord des fausses côtes, augmentant par la pression et gênant la respiration et les mouvements. Quelquefois on sent se dessiner à ce niveau une tumeur piriforme; en même temps il y a des nausées, des vomissements, de la constipation et un teinte ictérique, surtout lorsqu'il existe un obstacle permanent au cours de la bile; enfin la fièvre est plus ou moins vive. La marche de la maladie est le plus souvent rapide; elle l'est surtout lorsque l'issue est funeste. Celle-ci est produite, tantôt par une péritonite suraiguë consécutive à la perforation de la vésicule; ou bien elle a lieu d'une manière brusque, et dans ces cas elle ne peut pas toujours être expliquée par l'intensité des douleurs. Il existe dans la science au moins cinq ou six observations d'inflammation des voies biliaires ayant ainsi amené une mort subite. La terminaison est favorable, ou bien parce que l'inflammation se résout, d'autres fois parce que la vésicule, distendue par le pus, se vide à travers la paroi abdominale, ou bien par le colon et le jéjunum. En définitive, dans l'état actuel de la science, on pourra quelquefois soupçonner une cholécystite; mais il est impossible de porter à ce sujet un diagnostic certain, et souvent il sera impossible de dire si les symptômes qu'on observe dépendent d'une cholécystite plutôt que d'une péritonite locale ou d'une colique hépatique. Ce que je dis ici s'applique surtout à l'inflammation des conduits biliaires; d'ailleurs il est d'autant plus difficile de reconnaître ces affections qu'elles sont rarement primitives, puisque, dans presque tous les cas, elles coexistent avec des lésions graves du foie ou avec l'existence de produits morbides, comme des calculs, soit qu'alors la présence de ces corps étrangers, inégaux ou anguleux, ou leur migration d'un point dans un autre, ait enflammé la membrane muqueuse, soit qu'il y ait eu un coup ou une pression trop forte exercée sur l'hypochondre droit, soit enfin qu'un obstacle existant dans le canal cholédoque ou sur son trajet, la bile s'accumule dans la vésicule et la distende outre mesure. Il est possible encore que l'inflammation soit quelquefois consécutive à la phlegmasie du duodénum; mais il n'existe encore à ce sujet que des données fournies par la théorie. Si on pouvait reconnaître une cholécystite, on devrait porter un pronostic très grave.

Traitement. — Le traitement sera essentiellement antiphlogistique; il sera le même que pour l'hépatite. Si la vésicule, très distendue, formait une saillie, on devrait se hâter de l'ouvrir avec le bistouri, si on *était certain* qu'elle a contracté des adhérences avec la paroi abdomi-

nale. Dans le cas contraire, on l'ouvrirait par le même procédé que les abcès et les acéphalocistes du foie. (Voir *Hydatides du foie.*)

DE LA PANCRÉATITE.

La pancréatite paraît être une affection excessivement rare ; il est à peu près impossible, en réunissant tous les faits connus, de pouvoir encore tracer l'histoire symptomatique et même anatomique de cette affection ; toutefois voici ce qui résulte de l'étude des observations qui ont été réunies et analysées par MM. Bécourt, Mondière et Raige-Delorme.

Dans la pancréatite aiguë, il y aurait de la fièvre, une douleur constante avec tension et parfois tumeur circonscrite au centre de la région épigastrique ; les selles seraient liquides, séreuses, et plus ou moins analogues à la salive ; enfin dans quelques cas on dit avoir vu survenir un ictère. On a admis que la pancréatite pouvait se terminer par résolution, par suppuration, par gangrène ou par induration. Lorsqu'il y a abcès, le pus pourrait s'épancher dans le ventre, ou se faire jour dans l'estomac ou l'intestin.

La pancréatite serait une affection rarement primitive ; mais elle succéderait presque toujours à l'inflammation d'un organe voisin. Elle pourrait aussi être sympathique de l'inflammation des glandes salivaires, et dans ce cas on observerait, dit-on, une sorte de balancement entre la sécrétion pancréatique et celle de la salive : ainsi, lorsque la salive coule abondamment, les symptômes locaux de la pancréatite, et notamment la diarrhée, diminueraient ou cesseraient, tandis que le contraire aurait lieu dans les cas où l'irritation des organes salivaires viendrait à diminuer. Mais nous le répétons, tout ce qui précède ne doit être considéré que comme de simples assertions ; car on ne sait encore absolument rien sur la pancréatite aiguë ou chronique.

DE LA SPLÉNITE.

L'inflammation de la rate, ou la *splénite*, est une affection qui paraît être extrêmement rare, et dont nous ne connaissons encore que très imparfaitement les symptômes et les caractères anatomiques.

Anatomie pathologique. — La rate est le siége de diverses altérations dans le cours de plusieurs maladies, et notamment dans les fièvres intermittentes et l'affection typhoïde. Nous avons vu que, dans ces pyrexies, elle augmentait beaucoup de volume, que sa couleur était plus foncée, et enfin que sa consistance était tellement diminuée qu'elle se réduisait en pulpe, en bouillie, à la moindre pression ; mais comme nous l'avons déjà établi, ces lésions si profondes semblent indépendantes

de toute inflammation. Nous croyons que les seuls indices certains d'un travail phlegmasique sont la présence du pus ou l'infiltration du tissu de l'organe par une matière fibrino-albumineuse. Nous ne parlerons pas des cas dans lesquels les abcès de la rate, coïncidant avec des collections de même nature dans plusieurs viscères, sont symptomatiques d'une infection purulente du sang ; mais il ne doit être question ici que des abcès idiopathiques. Ceux-ci sont excessivement rares. Quand ils existent, l'organe est ordinairement augmenté de volume ; il tient plus ou moins aux parties voisines par des adhérences récentes, lorsque la phlegmasie s'est propagée jusqu'au péritoine. Dans ce cas, on voit se refléter à travers cette membrane et la tunique fibreuse une couleur d'un blanc opaque, produite par la collection purulente. Le pus phlegmoneux, homogène, ou bien sanieux et mêlé au détritus de la rate, est presque toujours réuni en un ou plusieurs foyers superficiels ou profonds, libres ou enkystés. Dans la plupart des cas, il n'existe que 10 à 30 grammes de pus ; mais on a vu cette quantité s'élever plusieurs fois à plus de 5 ou 6 litres. Le foyer purulent est tantôt isolé, ou bien il communique par une ou plusieurs ouvertures avec l'estomac, l'intestin, la plèvre, le poumon, ou à la surface du corps, ou bien enfin avec le péritoine. Nous avons dit plus haut qu'au lieu du pus il se produisait souvent dans les aréoles de la rate enflammée une matière albumineuse, fibrineuse, concrète, assez consistante, qui infiltre le tissu presque uniformément, et plus souvent encore est disposée par plaques ou par zones. Dans les splénites partielles, nous avons vu ces concrétions établir la ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades.

Symptômes, marche et terminaison. — La splénite peut débuter brusquement ou après des prodromes. Elle est caractérisée par une douleur plus ou moins vive, presque toujours obtuse, dans l'hypochondre gauche, s'irradiant quelquefois vers l'épaule et la région mammaire correspondante. Le plus souvent la rate est augmentée de volume : c'est ce que l'on constate par l'inspection qui dénote une ampliation de l'hypochondre gauche, par la palpation qui fait reconnaître que cet organe dépasse ordinairement le rebord costal, mais surtout par la percussion qui permet de le circonscrire. On reconnaît par ces divers modes d'exploration que, dans la splénite, le volume de la rate dépasse rarement 15 à 18 centimètres ; l'auscultation ne donne aucun résultat, si ce n'est dans le cas où l'inflammation, ayant gagné le péritoine, et y ayant produit des fausses membranes, l'oreille, appliquée à ce niveau, y distingue un bruit de frottement comparable à celui que nous entendrons dans la pleurésie. Lorsque l'organe a acquis un volume très considérable, il se forme quelquefois un peu d'épanchement ascitique, et même une infiltration séreuse des membres inférieurs, à cause de la gêne que la circulation veineuse éprouve. Il est encore quelques autres accidents qui

résultent de la compression que la rate exerce sur les organes voisins : tels sont la dyspnée, la toux et les vomissements. Presque toujours, et pour peu que la phlegmasie soit intense, il existe une fièvre continue et qui offre parfois des redoublements réguliers. On dit même que quelquefois on a observé des accès fébriles franchement intermittents. En général, la splénite ne s'accompagne d'aucun accident grave, à moins qu'elle n'envahisse tout l'organe, et qu'elle ne s'y termine par suppuration. Cependant nous ne possédons encore à ce sujet aucune donnée certaine; nous ne savons rien non plus sur la marche et la durée de la phlegmasie. Celle ci se termine le plus ordinairement par résolution, souvent aussi par suppuration. Les signes de la présence du pus dans la rate sont extrêmement obscurs, et il est rare, à moins que l'abcès ne devienne superficiel, qu'on ait à ce sujet aucune certitude. Les frissons, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement, succédant à des accidents aigus, ne peuvent que faire présumer la présence du pus sans la caractériser. On ne sait encore si le pus, réuni en foyer dans la rate, peut y être résorbé; mais presque toujours, de même que pour le foie, l'abcès se vide dans l'estomac, dans le colon, dans l'uretère gauche, dans le péritoine, dans la plèvre et les bronches; l'ouverture de l'abcès à travers les parois abdominales est un des modes de terminaison les plus rares. On a encore vu le pus fuser au loin, et s'échapper, par exemple, par un abcès de la vulve (Schlichting), ce qui est un fait peut-être unique. Il n'existe aucun exemple authentique de splénite terminée par gangrène. Enfin, quel que soit l'organe ou le point du corps vers lequel le pus se porte, l'évacuation de ce liquide soulage immédiatement, et peut être suivie d'une heureuse terminaison; mais le plus souvent les malades maigrissent, dépérissent et succombent au bout de plusieurs mois, au milieu des symptômes de la fièvre hectique; chez d'autres, la mort suit de près l'évacuation du pus qui se fait au milieu des accidents les plus graves : tel est le cas rapporté dans le 82e volume du *Journal de médecine*, d'un militaire qui, ayant eu dans l'espace de quatorze jours un vomissement abondant de sang et de pus, accompagné d'une syncope effrayante, succomba. On trouva, à l'autopsie, la rate détruite, excepté dans l'épaisseur de 5 millimètres, et convertie en une vaste poche purulente communiquant avec l'estomac par une ouverture large comme une pièce de 6 francs. Nous ne savons absolument rien sur la splénite chronique.

Diagnostic.—Une douleur constante et les symptômes aigus feront distinguer la splénite de l'hypertrophie simple de la rate ou des productions accidentelles qui se forment dans ce viscère. La douleur, la matité, qui peut remonter assez haut dans la poitrine, l'affaiblissement du murmure vésiculaire, enfin la dyspnée et la fièvre, pourraient faire confondre la splénite avec la pnemonie, ou bien avec la pleurésie. Mais, indépendamment des signes d'auscultation qui, comme la crépitation, le souffle, la

broncophonie et l'égophonie, manquent tout-à-fait dans la splénite, la percussion fera reconnaître en outre que la matité dépend de la rate, par la place qu'elle occupe, par sa circonscription, parce qu'elle est fixe et ne peut jamais être déplacée par les positions diverses qu'on imprime au tronc. Nous dirons, plus tard, en quoi la splénite diffère de la péritonite locale.

Il nous paraît à peu près impossible de confondre un abcès volumineux de la rate avec un épanchement ascitique; cependant l'histoire de l'Académie des sciences, pour l'année 1753, contient le fait unique d'un jeune homme de dix-huit ans, miné par une fièvre hectique, dont le ventre offrait le développement et la fluctuation qu'on observe dans l'ascite. Une double ponction donna issue à plus de 7 litres de pus. Le malade ayant expiré, on s'assura, à l'ouverture du corps, que la rate était tellement augmentée de volume, qu'elle s'étendait de l'épigastre au pubis, en recouvrant tous les viscères abdominaux; elle avait environ 5 décimètres de long sur 3 à 4 de large; elle était creusée d'une poche qui contenait encore 7 pintes de pus, et qui était tapissée d'une membrane solide. Cette pièce curieuse fut présenté à l'Académie des sciences. Dans un cas pareil, nous croyons qu'il serait facile d'établir le diagnostic différentiel par le commémoratif, aussi bien que par l'examen du malade. C'est ainsi que l'on apprendra que l'intumescence du ventre, au lieu de se faire de bas en haut, comme dans l'ascite, a, au contraire, commencé par l'hypochondre gauche, et s'est rapprochée successivement du pubis. Dans l'exploration, on reconnaîtra que la fluctuation est plus profonde et plus obscure que dans l'ascite; on ne peut déplacer le liquide, ni par conséquent la matité, en faisant varier les positions du malade. Le plus souvent, en palpant le ventre avec soin, on pourra reconnaître les limites de la tumeur à un rebord plus ou moins saillant; enfin la percussion faite avec un certain soin sur la tumeur et à sa circonférence, démontrera derrière elle la présence du tube digestif, qui n'est pas refoulé vers l'épigastre, comme on le voit dans l'ascite ou dans le cas de tumeurs qui partent de l'excavation pelvienne.

Dans la 11ᵉ livraison de son Anatomie pathologique, M. Cruveilhier a publié, sous le nom de *Splénite*, de *Ramollissement aigu de la rate*, plusieurs observations fort curieuses d'individus ayant succombé après avoir présenté de la suffocation, de l'angoisse, des nausées, des vomissements, un pouls médiocrement fort et fréquent, et quelques symptômes de remittence. La rate fut trouvée suppurée en partie dans un cas, diffluente et grisâtre dans un autre, noirâtre et pulpeuse chez un troisième. J'ai, en 1837, observé avec M. Chomel ce même appareil de symptômes graves avec des accidents cérébraux, chez une jeune femme, à l'autopsie de laquelle nous ne trouvâmes qu'une splénite circonscrite, caractérisée par une infiltration fibrino-albumineuse du tissu. Mais

est-il rationnel de rattacher à cette faible lésion tout l'appareil symptomatique si grave observé pendant la vie ? La splénite ici, comme dans les premières observations de M. Cruveilhier, ne serait-elle pas plutôt une lésion tout-à-fait secondaire d'une maladie indéterminée ? je le présume. Quant aux deux autres observations rapportées par le savant professeur, je serais porté à les regarder aussi comme des cas de ramollissements non inflammatoires, analogues à ceux qu'on voit si souvent dans les maladies graves, et surtout dans les maladies par infection.

Pronostic. — Il est impossible encore d'être bien fixé sur le degré de gravité de la splénite. Cette affection est pourtant très sérieuse lorsqu'elle se termine par suppuration.

Etiologie. — La splénite est rarement primitive, le plus souvent elle est produite par une cause traumatique et surtout par un coup porté sur l'hypochondre gauche. On conçoit facilement, d'après cela, pourquoi des fièvres intermittentes antérieures, en laissant à la rate un volume plus considérable, constituent une véritable prédisposition de la splénite, surtout lorsque l'organe dépasse le rebord costal, car il est alors plus exposé aux violences extérieures.

Traitement. — Le traitement sera antiphlogistique. A moins que la gravité des symptômes généraux ne réclame une ou plusieurs saignées générales, on préférera les émissions sanguines locales, auxquelles on associera les bains, les cataplasmes, les doux laxatifs. Si les accès fébriles étaient régulièrement intermittents ou même rémittents, on administrerait concurremment le sulfate de quinine, comme dans une fièvre périodique ordinaire. Les purgatifs, les préparations mercurielles en frictions, et, dans une période avancée, les vésicatoires à titre de révulsifs, sont encore indiqués.

INFLAMMATIONS DES ORGANES DE LA RESPIRATION.

DE LA LARYNGITE.

Par le mot *laryngite* ou *angine laryngée*, on désigne généralement l'inflammation de la membrane muqueuse du larynx. Cependant celle-ci se présentant sous des formes bien diverses, eu égard surtout à ses symptômes, aux altérations anatomiques qui la constituent, ainsi qu'à sa marche, on a dû la diviser en plusieurs espèces distinctes, qui sont : les laryngites *simple* ou *muqueuse*, *striduleuse*, *pseudo-membraneuse* et *sous-muqueuse;* enfin, on a admis des laryngites *aiguë* et *chronique*. Cette dernière devra même être distinguée en *chronique simple* et *chronique ulcéreuse*.

LARYGITE AIGUE SIMPLE OU MUQUEUSE.

Caractères anatomiques. — Les seules lésions anatomiques ne consistent qu'en une rougeur de la muqueuse ; souvent aussi celle-ci est, en outre, friable, épaissie. Dans ce dernier cas, on constate une diminution dans le calibre du tuyau aérien. Le même effet pourrait être produit si l'inflammation avait occasionné l'infiltration séreuse ou purulente du tissu cellulaire sous-muqueux. Enfin, dans certains cas de laryngite on trouve l'appareil folliculaire enflammé (Cruveilhier) ; ou bien ce sont des ulcérations superficielles ; enfin, des pustules peuvent exister : c'est ce que nous avons vu dans la laryngite aiguë qui survient dans le cours de la variole.

Symptômes. — Dans la plupart des cas, la laryngite aiguë ne détermine que des symptômes locaux sans aucune gravité. La voix est constamment altérée dans son timbre ; elle est criarde, inégale, le plus souvent rauque ; quelquefois il y a une aphonie complète. Les malades accusent, en outre, un sentiment de chaleur et d'ardeur dans le larynx ; ils éprouvent, au niveau de la glotte, un picotement incommode qui excite la toux ; celle-ci est souvent pénible en raison de la douleur cuisante qui accompagne l'expulsion brusque de l'air. L'expectoration est nulle ou n'est formée que par quelques crachats blancs et épais. La pression exercée extérieurement, sur le larynx, est quelquefois douloureuse et excite souvent la toux ; il en est de même des mouvements de déglutition, pendant lesquels l'épiglotte est refoulée sur l'ouverture du larynx, qu'elle comprime parfois douloureusement. Il est ordinaire qu'à ce degré la laryngite n'excite ni malaise, ni fièvre, ni dérangement des fonctions digestives.

Cependant, dans une forme plus grave, la gêne vers le larynx est plus grande ; quelques malades ont la sensation d'un corps étranger qui s'oppose à l'entrée de l'air ; la voix est éteinte, sifflante, et se fait avec de grands efforts ; quelquefois alors on entend à distance ou en auscultant le larynx un râle muqueux trachéal plus ou moins bruyant. Cependant, pour peu que cette gêne de la respiration se prolonge, la figure exprime l'anxiété ; elle est pâle, altérée ; les lèvres sont bleuâtres, les yeux saillants, la peau est chaude, le pouls fréquent, petit. Ces symptômes peuvent aller sans cesse en s'aggravant ; d'autres fois il se calment momentanément après que les malades ont rejeté quelques crachats muqueux, opaques ou filants. Cependant ces instants de répit sont très courts ; bientôt les accidents s'aggravent de plus en plus, et la mort survient presque toujours avant le huitième jour, au milieu des symptômes d'asphyxie ou de suffocation. Le plus souvent, néanmoins, la maladie a une heureuse issue ; les symptômes diminuent alors graduel-

lement et rapidement de violence ; l'altération de la voix est le seul trouble qui persiste pendant un temps quelquefois très long.

Diagnostic. — Nous dirons plus tard comment on pourra distinguer la laryngite simple des autres espèces d'inflammation du larynx. On ne confondra par la forme grave de la maladie avec un corps étranger dans le larynx, par l'absence de fièvre dans ce dernier cas, parce que les quintes de toux d'une violence extrême et la suffocation survienent subitement au milieu de la santé, et que les intervalles de calme sont beaucoup plus tranchés que dans les cas d'inflammation aiguë grave du larynx.

Pronostic. — La laryngite n'est fâcheuse que lorsqu'elle est intense ; elle est plus grave chez l'enfant, en raison de l'étroitesse du larynx à cet âge.

Etiologie. — Presque toutes les laryngites sont produites par l'action du froid et de l'humidité ; d'autres fois la maladie est consécutive à l'exercice immodéré des organes de la voix ; plus rarement elle est déterminée par l'inspiration de vapeurs irritantes, comme celles de l'acide chlorhydrique, ou par l'ingestion de boissons trop chaudes qui enflamment, en passant, l'épiglotte et la glotte. La laryngite est souvent épidémique, mais rien ne prouve qu'elle ait jamais été contagieuse. La forme grave survient quelquefois dans le cours de la variole ; elle est l'effet du développement de pustules nombreuses dans l'arbre aérien ; j'en ai vu plusieurs cas.

Traitement. — Dans la forme bénigne de la laryngite, on conseille le repos de l'organe malade, au milieu d'une température douce et uniforme. On pourra y joindre l'usage de pédiluves irritants et de boissons pectorales. Ces moyens sont insuffisants dans la forme la plus grave. Ici, en effet, les émissions sanguines sont indispensables ; on ouvrira donc la veine, et l'on appliquera simultanément un grand nombre de sangsues sur le larynx. On insistera sur les révulsifs cutanés, et si ces moyens sont insuffisants, il faudra produire une violente secousse en administrant un éméto-cathartique. Si, nonobstant ces moyens, la suffocation est imminente, et si on ne peut plus recourir aux émissions sanguines, il faut exciter une forte révulsion à l'aide d'un large vésicatoire appliqué à la nuque ou sur le larynx lui-même, et aux extrémités inférieures. Enfin, lorsque la mort est imminente par suite des accidents d'asphyxie, il faut recourir à la laryngo-trachéotomie.

DE LA LARYNGITE STRIDULEUSE OU PSEUDO-CROUP.

La laryngite dite *striduleuse* (1) peut être considérée comme une va-

(1) De *stridor* ou *stridulus*, en raison du bruit qui l'accompagne.

riété de la laryngite simple; elle est surtout caractérisée par des accidents de suffocation souvent formidables, et qui reviennent par accès.

La laryngite striduleuse n'est autre que le pseudo-croup ou faux croup de quelques auteurs; c'est à elle aussi qu'il faut rapporter un grand nombre de faits consignés dans les recueils scientifiques, sous les noms d'*asthme aigu* ou *spasmodique*, d'*asthme de Millar*, de *catarrhe suffocant*, de *spasme de la glotte*. Cette maladie a été surtout bien étudiée par Wichmann, sous le nom d'*asthme spasmodique;* plus récemment elle l'a été en France par MM. Bretonneau, Guersant, Rilliet et Barthez.

Symptômes, marche, durée. — La laryngite striduleuse est remarquable par son début ordinairement brusque; d'autres fois on commence par remarquer, pendant quelques jours, les signes d'une légère inflammation catarrhale du larynx. Cependant bientôt les accidents propres à la maladie se déclarent; ils surviennent communément pendant la nuit; le malade est réveillé brusquement par une toux sèche, sifflante, sonore ou rauque, et simulant parfois l'aboiement d'un jeune chien. En même temps la respiration est accélérée, haute, entrecoupée; l'air, pénétrant dans le larynx, fait entendre un sifflement aigu, rauque ou plus ou moins sonore; le malade, inquiet, effrayé, s'agite, et, s'il le peut, pousse quelques cris; sa voix est enrouée, mais très distincte; on a très rarement observé l'aphonie. L'examen du pharynx ne fait découvrir aucune fausse membrane, et les ganglions cervicaux ne sont pas engorgés. Au milieu de ces accès si pénibles, la face se congestionne, les lèvres bleuissent, l'anxiété est extrême : de temps en temps il existe de petites rémissions pendant lesquelles les malades poussent des cris plaintifs. Cependant, après un temps variable, mais qui dépasse rarement une heure, les accidents se calment, la toux cesse, la respiration perd sa fréquence, les symptômes d'asphyxie se dissipent. Mais les malades, après une secousse aussi violente, restent pâles, affaissés. Si l'accès a eu lieu au milieu du jour, il est le plus souvent beaucoup moins fort : aussi il n'est pas rare qu'aussitôt passé, les enfants reprennent leurs jeux et leur gaieté jusqu'à ce qu'un nouvel accès se déclare. Il n'est pas ordinaire qu'il n'y en ait qu'un; le plus souvent en effet on en compte plusieurs dans l'espace de vingt-quatre heures; mais, comme l'observe M. Guersant, leur violence va en décroissant à mesure qu'ils se reproduisent. Lorsqu'il y en a ainsi plusieurs, les malades conservent dans leur intervalle de l'enrouement, un peu de chaleur et de sensibilité au larynx, et quelquefois il existe aussi un léger mouvement fébrile. Enfin, à mesure que les quintes s'éloignent et diminuent, la toux devient humide, catarrhale et les malades finissent par avoir un simple rhume qui se termine après quelques jours, ou, au plus tard, après un ou deux septénaires.

Terminaisons. — La laryngite striduleuse, lorsqu'elle est simple, a presque toujours une heureuse issue. MM. Guersant et Bretonneau n'ont vu succomber aucun enfant par suite de cette maladie : aussi n'ont-ils pu dire quels sont ses caractères anatomiques. Il est quelques malades pourtant qui sont emportés par les complications, comme une angine couenneuse, et surtout par une pneumonie ; mais dans ces cas l'examen du larynx n'a pu expliquer les symptômes graves observés pendant la vie du côté de cet organe, car on n'y trouve qu'une rougeur érythémateuse avec peu ou point de gonflement. Il existe pourtant dans la science quelques cas de pseudo-croup devenus mortels par eux-mêmes : on trouve ces faits rares dans les écrits de Wichmann, de Millar, de Vieusseux et de Lobstein.

Diagnostic. — La laryngite striduleuse ressemble surtout au croup, avec lequel elle a été longtemps confondue ; mais nous ferons connaître leur diagnostic différentiel quand nous traiterons de cette dernière affection. La forme grave, suffocante, de la laryngite simple, se rapproche, dans ses moments d'exacerbation, de la laryngite striduleuse. Mais celle-ci diffère de la première par l'instantanéité des accès, survenant au milieu de la santé, et par des symptômes locaux extrêmement légers ; tandis que dans la forme grave de la laryngite simple la gêne de la respiration et la suffocation arrivent par degrés. D'ailleurs tous les symptômes locaux, tels que la douleur, la toux, l'altération de la voix, et en outre la fièvre, sont beaucoup plus considérables dans cette dernière.

Pronostic.— Quoique pouvant avoir dans certains cas une issue funeste, nous croyons pourtant que la laryngite striduleuse est généralement plus effrayante qu'elle n'est grave.

Etiologie. — La laryngite striduleuse est une affection spéciale à la première enfance ; rare avant deux ans, elle ne survient presque jamais après la septième ou huitième année. Cette fréquence s'explique par l'étroitesse relative du larynx à cet âge, et c'est à cette organisation primitive qu'il faut attribuer la fréquence de la maladie dans certaines familles. Il est aussi des enfants qui en sont plus particulièrement atteints ; chez eux la maladie se reproduit trois, cinq ou six fois avant qu'ils soient arrivés à la puberté. Les garçons y semblent plus prédisposés que les filles. D'après M. Guersant, cette maladie attaquerait principalement les enfants de la classe aisée. Elle paraît sévir surtout pendant la saison froide. On ignore l'influence de la constitution, des tempéraments, de l'hérédité sur sa production. La maladie se déclare presque toujours après l'impression du froid.

Traitement. — M. Guersant a prouvé que dans la laryngite striduleuse il fallait généralement se borner à faire une médecine peu active, telle enfin que nous l'avons conseillée pour la laryngite aiguë simple et peu intense. Cependant, si l'oppression se prolongeait et deve-

nait excessive, et si en outre il existait de la fièvre, on devrait recourir à une émission sanguine. Il ne faut pas oublier encore que dans la laryngite striduleuse, la fièvre, si elle est intense, est presque toujours symptomatique de quelque phlegmasie intercurrente, et spécialement d'une pneumonie. Cependant, dans le traitement de la laryngite striduleuse, il faut tenir compte de l'élément nerveux, qui semble même prédominer alors : aussi prescrira-t-on avec avantage pendant les accès les révulsifs, les rubéfiants et les antispasmodiques. L'assa-fœtida en lavements, à la dose de 8 à 10 grammes, paraît avoir été fréquemment utile dans les cas dont je parle. Les bains tièdes pourront également être avantageux. Cependant il est des circonstances où il faut employer une médication beaucoup plus active. Lorsque, par exemple, la laryngite striduleuse coïncide avec l'angine couenneuse, comme il y a alors plus de chances qu'il existe un croup plutôt qu'une laryngite striduleuse, on doit, dans le doute, employer les moyens propres à combattre la maladie la plus grave. Si on s'est trompé, la médication ne pourra avoir d'autre résultat fâcheux que d'affaiblir inutilement les malades, et d'allonger peut-être la convalescence. Cependant, malgré ces inconvénients, la prudence veut qu'on agisse comme je viens de le dire.

Nature. — Quoique les recherches nécroscopiques ne nous aient rien appris sur la nature de la laryngite striduleuse, nous croyons pourtant que, en ayant égard aux symptômes et à la marche de l'affection, il est difficile de ne pas reconnaître une phlegmasie légère du larynx, caractérisée surtout par de l'enrouement, des picotements et de la toux, phlegmasie qui s'accompagne en outre d'un élément nerveux, produisant probablement un spasme de la glotte : c'est ce qui explique la forme des accès et leur caractère intermittent. Convenons pourtant que l'intervention d'un élément nerveux n'est peut-être pas indispensable pour expliquer le phénomène de l'intermittence ; car on pourrait supposer qu'une congestion passagère, un enchifrènement de la glotte, comme le pense M. Bretonneau, peut momentanément rétrécir son calibre, de même que nous voyons l'enchifrènement des narines cesser et augmenter plusieurs fois dans la même heure par le seul fait d'un changement de température, et sans qu'il soit besoin d'invoquer un trouble nerveux. Cependant il nous semble qu'on explique difficilement par le boursouflement de la muqueuse l'invasion subite des accès : aussi persistons-nous à croire que, pour l'intelligence des symptômes, il convient de faire intervenir un élément nerveux comme essentiel.

DU CROUP OU LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

SYNONYMIE. — *Angina suffocatoria, polyposa, membranacea, trachetis infantum, cynanche trachealis;* angine laryngée membraneuse, diphthérite trachéale.

Le mot *croup* est une expression écossaise que F. Home a introduite dans la science, et qui, depuis lui, a été adoptée par la généralité des médecins de tous les pays pour désigner une maladie aiguë très grave, à marche rapide, et anatomiquement caractérisée par la formation d'une fausse membrane dans le larynx et la trachée.

Historique. — Le croup est une maladie qui, sans être probablement nouvelle, a été néanmoins inconnue des Grecs, des Latins et des Arabes. Ce fut Baillou qui, dans la constitution de 1576, indiqua le premier ses symptômes principaux et peut-être son caractère anatomique; mais celui-ci fut positivement bien tracé par Ghisi, dans sa relation sur l'épidémie qui régna à Crémone en 1747 et 48. Ce fut dix-sept ans plus tard que Home publia la première monographie sur le croup : aussi est-il regardé avec juste raison comme étant le premier historien de la maladie. Depuis cette époque, le croup a été l'objet de recherches nombreuses dans tous les pays, mais surtout en France, où l'on vit, à l'occasion d'un concours mémorable ouvert en 1807 par Napoléon, les ouvrages de Jurine (1), d'Albers, de Vieusseux, de Caillau et de Double. Enfin, à une époque plus rapprochée de nous, parurent les ouvrages de Louis Valentin et de Blaud, ceux de Desruelles et de Bricheteau, enfin les recherches importantes de MM. Guersant, Trousseau, et avant tout celles de M. Bretonneau, qui, dans son remarquable *Traité de la diphthérite*, a éclairé bien des points obscurs, et montré d'une manière positive la liaison du croup avec l'angine couenneuse.

Caractères anatomiques. — Nous avons dit que le croup était anatomiquement caractérisé par la présence d'une fausse membrane dans les voies aériennes. Cette concrétion morbide ne dépasse pas, dans les trois quarts des cas, le larynx et la trachée; elle peut même n'occuper que l'épiglotte ou les bords de la glotte; mais, sur le tiers des cadavres, on trouve qu'elle se propage également dans les bronches et dans quelques unes de leurs ramifications. Elles ne consistent parfois qu'en quelques lambeaux disséminés; mais dans le plus grand nombre des cas elles sont répandues uniformément sur une surface plus ou moins étendue. La plupart sont d'un gris blanchâtre ou complétement blanches, parfois rougeâtres ou noirâtres, à cause de leur combinaison avec une certaine

(1) L'ouvrage de Jurine n'a pas été publié; il n'est connu que par les extraits qu'en a donnés Royer-Collard dans le très remarquable rapport qu'il a fait sur les ouvrages envoyés au concours de 1807. Ce rapport est presque le meilleur traité que nous ayons sur le croup.

quantité de sang. Elles sont tantôt molles et presque diffluentes, d'autres ont de la consistance; les unes ne sont guère plus épaisses que la pellicule extérieure de l'œuf, tandis que d'autres ont jusqu'à 5 millimètres d'épaisseur. On peut dire, en général, que l'épaisseur et la consistance des fausses membranes sont en rapport avec leur ancienneté. Examinées à une époque peu éloignée de leur formation, ces concrétions de nature albumino-fibrineuse ne présentent aucune trace d'organisation; mais il est certain qu'au bout d'un temps plus ou moins long, et très variable d'ailleurs, de petits vaisseaux s'y développent. Elles adhèrent plus ou moins intimement à la membrane muqueuse; parfois elles en sont séparées dans plusieurs points par une couche liquide; enfin, il n'est pas rare de voir une portion plus ou moins considérable de la concrétion rester libre et flottante. Il n'existe pas toujours de rapport direct entre le degré de l'adhérence et l'ancienneté de la fausse membrane, puisque quelquefois on trouve celle-ci unie intimement à la muqueuse, quoique sa formation date à peine de quinze ou vingt-quatre heures. C'est d'ailleurs une circonstance fort remarquable que la rapidité avec laquelle se forment ces concrétions morbides, puisqu'il suffit souvent de six ou huit heures pour les voir occuper la plus grande partie du larynx et de la trachée. Au-dessous d'elles la membrane muqueuse est d'un rouge foncé, livide; elle est parfois ecchymosée. Enfin il n'est pas rare qu'elle ne présente aucune espèce d'altération dans sa couleur, son épaisseur et sa consistance. Dans le croup on trouve encore, dans l'intérieur du larynx, une quantité plus ou moins considérable d'un liquide muqueux, séreux ou puriforme; le calibre du larynx, de la trachée et des bronches est plus ou moins rétréci, suivant l'épaisseur de la fausse membrane. Cette obstruction explique ordinairement la mort et les symptômes d'asphyxie qu'on a observés; cependant on a vu tous ces accidents avoir lieu, quoique la concrétion fût très peu considérable, et qu'elle ne parût pas avoir apporté beaucoup d'obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons: aussi les auteurs ont-ils supposé que, dans ce cas, il avait dû y avoir un état spasmodique de la glotte.

Les voies aériennes ne sont pas toujours les seules parties dans lesquelles on trouve les concrétions pseudo-membraneuses: celles-ci tapissent, en effet, très souvent le pharynx et l'arrière-bouche, plus rarement les fosses nasales, le conduit auditif, et même les surfaces de la peau qui ont été accidentellement dénudées. Enfin, chez les sujets qui sont emportés par le croup, on trouve encore diverses autres altérations qui ne sont qu'accidentelles; telles sont surtout les pneumonies lobulaires et les congestions des poumons.

Symptômes. — On peut diviser le croup en trois périodes. Dans la première, les malades accusent du malaise, des frissons, de la courbature, de la fièvre, un engorgement des ganglions sous-maxillaires, avec

une douleur plus ou moins vive de la gorge. L'inspection du pharynx, qu'on ne doit jamais négliger de faire en pareil cas, démontre une rougeur plus ou moins vive de la muqueuse, une tuméfaction de la luette et des amygdales ; bientôt on aperçoit sur ces parties les plaques diphthéritiques caractérisant l'angine couenneuse. Celle-ci précéderait, d'après M. Bretonneau, le développement du croup épidémique ; M. Guersant affirme qu'on l'observe aussi, dans les cinq sixièmes des cas où la maladie est sporadique. Cette particularité est commune au croup de l'enfance, comme à celui qui survient chez l'adulte. Cela résulte des observations de M. Louis. Cette première période de la maladie peut durer quelques heures ou bien se prolonger pendant huit jours.

Cependant le larynx finit bientôt par être affecté ; on en est averti par une toux sèche qui revient par quinte, par l'aphonie et des signes de suffocation ; ces accidents marquent la seconde période du croup. Le malade est réveillé brusquement, au milieu de la nuit, dans un état d'anxiété extrême ; souvent il se précipite au bas de son lit comme terrifié ; il a la sensation d'un corps étranger qui remplit le larynx et s'oppose à l'entrée de l'air ; la toux et la voix offrent un timbre et des caractères particuliers : on les a comparées au cri du coq, du chien, du canard, etc. ; mais ces comparaisons ne sauraient donner une idée bien exacte du phénomène. Qu'il nous suffise de dire que dans le croup la toux est rauque, sourde, comme étouffée ; bientôt elle est tout-à-fait insonore ; elle est suivie d'une inspiration courte, brusque, sifflante, comme si l'air traversait un tuyau sec et métallique ; la voix est enrouée et bientôt éteinte ; elle offre aussi un timbre un peu métallique, comme la toux. En même temps que ces signes caractéristiques ont lieu, la respiration est accélérée, courte, haletante ; le murmure vésiculaire est affaibli dans toute l'étendue du thorax, à cause du petit volume de la colonne d'air et des respirations incomplètes que les malades font ; l'expiration est prolongée, et égale souvent l'inspiration en raison de la difficulté que l'air éprouve à sortir de ses conduits. Appliqué sur le larynx lui-même, le stéthoscope fait entendre des ronchus sibilants et humides, ou même un bruit de gargouillement ou de raclement, comme s'il existait un corps étranger en mouvement. Ces phénomènes cessent, ou du moins diminuent après l'expulsion de fragments membraneux. Tout indique chez les malades une gêne extrême dans les fonctions respiratoires ; la face est bouffie, bleuâtre ; les yeux sont hagards, les jugulaires gonflées ; le pouls est petit, faible, irrégulier ; le malade, assis à son séant, s'agite, porte parfois avec fureur la main à la gorge, comme pour enlever l'obstacle qui le suffoque. Les quintes de toux s'accompagnent souvent d'épistaxis, de vomissements aqueux, bilieux, de l'expulsion de mucosités filantes ou de lambeaux membraneux. Cependant les malades, épuisés, tombent bientôt dans l'abattement et la somnolence ; ils se plaignent d'une douleur dans le la-

rynx et la trachée ; la respiration est toujours gênée, et l'air qui pénètre à chaque inspiration fait entendre un sifflement qu'on perçoit à distance, et qui est assez fort pour masquer plus ou moins complétement le murmure vésiculaire. Cependant il arrive fréquemment, surtout alors que quelque fausse membrane a été expulsée, que la dyspnée cesse jusqu'à ce que de nouveaux accès surviennent. La maladie est alors arrivée à sa troisième période. Dans ces cas, les accès se rapprochent et s'aggravent; à chacun d'eux, l'imminence d'une asphyxie augmente; enfin les malades succombent, les uns violemment et comme suffoqués, les autres paisiblement et avec les symptômes d'une asphyxie lente. La fièvre du début persiste intense jusqu'à la fin; il est rare qu'on observe du délire ou des convulsions. La mort est la terminaison presque constante de la troisième période.

Marche, durée, terminaisons. — Le croup a une marche extrêmement aiguë: on l'a vu emporter des malades en six ou douze heures (*croup foudroyant*). Dans la plupart des cas, la mort n'a lieu qu'après quatre, cinq ou six jours. Il est rare que la vie se prolonge au-delà d'un septénaire. Si la maladie doit avoir une heureuse issue, c'est presque toujours dans la seconde période ; dans ce cas, les quintes s'éloignent, la toux est humide, et les malades rejettent en quantité plus ou moins considérable des mucosités opaques, des crachats visqueux et des lambeaux membraneux, irréguliers ou tubulés. Il n'est pas certain que dans les cas qui se terminent heureusement, toute la fausse membrane soit complétement expulsée. Il est possible, en effet, qu'une partie de cette production persiste et disparaisse ensuite par usure ou par absorption au bout d'un temps plus ou moins long. La convalescence est toujours rapide. On ne peut établir encore de rapports entre les guérisons et les morts, attendu que trop souvent on a confondu les croups et les pseudo-croups, et l'on sait que ceux-ci ont presque toujours une heureuse issue. Il est douteux qu'on ait jamais vu un croup véritable récidiver.

Variétés. — Dans la description précédente je n'ai eu en vue que le croup des enfants; mais des différences assez importantes cependant distinguent le croup des adultes, variété qui a été parfaitement décrite par M. Louis. Chez ces derniers, en effet, les symptômes locaux, tels que la douleur de gorge et du larynx, la déglutition pénible, existent dès le début; ils éprouvent de la dyspnée; leur voix est altérée; ils rejettent des pseudo-membranes; mais on n'observe pas, ainsi que M. Charcellay l'a encore vérifié récemment, ces accès de suffocation qui sont constants chez les enfants. Les altérations de la toux et de la voix, quoique marquées, sont aussi moins caractéristiques. Enfin, la marche est moins rapide, et bien que les lésions soient à peu près les mêmes, l'appareil symptomatique est cependant moins effrayant, ce qui tient probablement à ce que la maladie ne survient guère que chez des indi-

vidus plus ou moins affaiblis ou épuisés. Il n'existe pas de croup chronique ni de croup intermittent, quoique quelques auteurs aient prétendu le contraire.

Diagnostic.—La laryngite striduleuse est la maladie qui offre le plus de ressemblance avec le croup. On sait, en effet, que ces deux affections ont été longtemps et sont encore confondues. Cependant il importe beaucoup pour le pronostic et la thérapeutique de pouvoir les distinguer l'une de l'autre. On se rappellera donc que dans la laryngite striduleuse la voix est *enrouée*, mais non *éteinte;* la toux est *éclatante*, *sonore*, tandis qu'elle est *sourde et étouffée* dans le croup. Les malades ne rejettent jamais de concrétions membraneuses. Il y a dans les deux maladies que je compare des accès de suffocation; mais dans la laryngite striduleuse, ces accès sont suivis d'une rémission à peu près complète, puisque beaucoup d'enfants, dans l'intervalle des crises, reprennent tout-à-fait leurs jeux; il n'en est plus de même du croup. Enfin la laryngite striduleuse débute brusquement ou n'est précédée que par un peu d'enrouement, tandis que presque toujours le croup est consécutif à l'angine couenneuse. Enfin la première est rarement mortelle, tandis que dans le croup la guérison n'a lieu que dans le plus petit nombre des cas. Un corps étranger brusquement introduit par la glotte pourrait encore simuler un croup, en raison des accès de suffocation et des quintes de toux; mais celles-ci ne présentent jamais, non plus que la voix, le caractère croupal. L'auscultation du larynx apprend souvent qu'il existe un corps mobile dans cette cavité; enfin, presque toujours on pourra connaître par le malade lui-même ou par les assistants la véritable cause des accidents qu'on observe. Pour compléter le diagnostic différentiel, il me resterait à comparer le croup avec la bronchite suffocante ou l'œdème de la glotte; c'est ce que je ferai en traitant de ces affections. Je devrais peut-être aussi rechercher en quoi le croup diffère des maladies décrites sous les noms d'asthme thymique ou de Kopp, d'asthme aigu de Millar, d'asthme spasmodique ou de spasme de la glotte; mais ces affections, à supposer qu'elles existent réellement, n'ont pas encore été suffisamment étudiées, et tout porte à croire que les dénominations précédentes se rapportent à la bronchite capillaire et surtout à la laryngite striduleuse. (Voir, dans le tome II, *Hypertrophie du thymus.*)

Pronostic. — Le croup est une des affections les plus graves. L'aphonie, la toux sourde, insonore, la dyspnée extrême, la petitesse et l'irrégularité du pouls, sont des symptômes qui indiquent un danger prochain. Dans la troisième période, il ne reste presque plus aucune chance de salut. Toutes les complications ajoutent au danger. On a dit pourtant que la coqueluche, et surtout qu'une bronchite intercurrente, étaient utiles comme favorisant, par les quintes de toux et la sécrétion muqueuse, la dissolution et l'expulsion des fausses membranes qui con-

stituent tout le danger de la maladie ; mais cette opinion est loin d'être encore démontrée.

Étiologie. — On peut observer le croup à tous les âges de la vie, on l'a même vu affecter plusieurs fois des vieillards ; mais cette maladie est spéciale à l'enfance. Rare avant sept mois et après douze ans, elle a son maximum de fréquence entre deux et sept ans. De nombreux relevés statistiques ont prouvé que, chez les enfants, plus encore que chez les adultes, la maladie était plus commune chez les individus du sexe masculin, puisque, en effet, chez les premiers le nombre des garçons atteints est supérieur de plus du quart à celui des filles.

On ignore l'influence exercée par la constitution et les tempéraments. Quelques faits semblent prouver que le croup peut se développer par suite d'une prédisposition héréditaire. La maladie existe presque dans toutes les latitudes ; cependant elle est probablement plus fréquente dans le nord et les régions centrales de l'Europe. Il paraît aussi que la maladie sévit surtout dans les pays montagneux, humides, boisés, chez les sujets mal nourris, habitant des lieux malsains ou qui vivent entassés dans des espaces trop étroits ; c'est ce qui explique la fréquence plus grande du croup dans la classe pauvre de la société.

Chez les adultes le croup survient ordinairement dans le cours de maladies longues qui ont plus ou moins profondément débilité la constitution. Il en est de même chez les enfants ; mais chez eux le croup est plus souvent consécutif aux affections catarrhales, et surtout à l'angine couenneuse et aux fièvres éruptives, comme on le voit dans l'excellente relation d'épidémie que M. E. Boudet a insérée dans les *Archives de médecine* de 1842. Le croup survient presque toujours sans qu'on puisse saisir l'action d'aucune cause déterminante ; quelquefois pourtant cette maladie a paru être produite par l'action du froid ou de l'humidité. Les auteurs sont partagés sur la question de la contagion ; les uns l'admettent (Rosen, Wichmann, Goelis), d'autres la repoussent (Home, Jurine, Albers, Valentin, Royer-Collard). Cependant les faits rapportés par Lobstein, par MM. Bretonneau et Guersant, démontrent la possibilité d'une contagion immédiate et médiate. D'ailleurs la contagion étant parfaitement établie pour l'angine couenneuse, elle doit nécessairement exister pour le croup ; car c'est en définitive dans les deux cas la même maladie spécifique, ne différant que par le siége et coexistant souvent chez le même sujet. Le croup règne souvent épidémiquement ; la constitution épidémique dont la cause, d'ailleurs, est tout-à-fait insaisissable, est presque toujours circonscrite à une petite localité, comme une ville, un quartier, ou même un établissement.

Traitement. — Le traitement à opposer au croup doit être essentiellement actif. Lorsque le malade commence par avoir une angine pharyngée couenneuse, il faut se hâter de cautériser les parties recou-

vertes par les plaques avec l'acide chlorhydrique, ou mieux encore avec une solution concentrée de nitrate d'argent. Il faut dans ces cas cautériser largement et profondément jusqu'à l'épiglotte; il vaut mieux alors faire plus que moins. Mais lorsque l'exsudation couenneuse commence par le larynx ou la trachée, la médication topique ne peut plus être employée, et l'on est réduit à l'usage de moyens généraux d'un effet beaucoup plus incertain. Quoi qu'il en soit, il y a alors deux indications capitales à remplir, qui sont de borner la phlegmasie et de favoriser l'expulsion des fausses membranes. On a essayé de limiter la phlegmasie à l'aide de saignées générales et locales; mais malheureusement ces moyens, qui sont si puissants contre les phlegmasies ordinaires, sont à peu près sans effet contre la laryngite couenneuse. Cependant, chez les enfants pléthoriques, la saignée est utile; elle peut être également avantageuse pour diminuer les accidents asphyxiques et favoriser ainsi l'hématose en combattant la congestion pulmonaire; mais il faut bien prendre garde d'abuser de ce moyen, et on doit toujours s'en abstenir chez les sujets faibles. Pour obéir à l'indication dont je parle, on a aussi proposé divers médicaments et surtout le mercure. MM. Guersant et Bretonneau ont observé un certain nombre de faits qui démontreraient l'utilité de ce remède, qu'on administre à l'intérieur, et en frictions de manière à exciter la salivation le plus tôt possible. Mais en même temps qu'on cherche à borner l'inflammation, il faut essayer de décoller et d'expulser les fausses membranes à l'aide des expectorants, et surtout au moyen de l'émétique et de l'ipécacuanha. L'émétique est un médicament qui mérite la plus grande confiance, et qu'il faut prescrire dès le début à la dose de 5 centigrammes dans les trois premières années; à la dose de 10 centigrammes, de trois à six ans. Il ne faut pas craindre d'en répéter l'emploi plusieurs jours de suite, et même plusieurs fois par jour, comme le conseillent deux médecins habiles, MM. Delarroque et Marrotte, qui donnent les vomitifs coup sur coup. Cette pratique est excellente. Il résulte, en effet, d'un relevé fait par M. Valleix dans le précieux recueil que cet excellent observateur publie sous le titre de *Guide du médecin praticien*, que sur trente et un malades chez lesquels l'émétique et l'ipéca furent la médication principale, on a compté quinze guérisons, tandis que sur vingt-deux individus chez lesquels les vomitifs ne furent donnés qu'avec parcimonie, un seul survécut. C'est dans le but aussi de favoriser l'expulsion des fausses membranes que quelques auteurs ont vanté les sternutatoires, que d'autres ont conseillé le bain froid avec affusion afin d'exciter une réaction vive. Mais ce moyen, dont l'efficacité est plus que douteuse, peut en outre être fort dangereux. Les révulsifs cutanés, les purgatifs, les sudorifiques et les antipasmodiques, que quelques personnes ont préconisés, ne sont que des moyens très accessoires qui peuvent soulager, mais qui probablement

n'ont jamais guéri personne; il en est de même du polygala et des carbonates alcalins donnés en vue de théories chimiques. Enfin le sulfure de potasse et le sulfate de cuivre, qu'on a regardés longtemps comme deux spécifiques, n'agissent guère que par leurs propriétés émétiques. Ces remèdes, d'ailleurs, sont dangereux, et ne doivent être prescrits qu'avec une excessive réserve. Ainsi on donnera le sulfate de cuivre à la dose de 10 ou 15 centigrammes mêlé à un peu de sucre; on peut aussi le prescrire à doses réfractées comme 1 ou 2 centigrammes, tous les quarts d'heure; le sulfure de potasse est prescrit à la dose de 60 à 90 centigr. dans un looch, à prendre par cuillerées dans les vingt-quatre heures. On a supposé à ces médicaments, au dernier surtout, une vertu altérante ou dissolvante; mais rien n'est moins démontré, et nous croyons plus prudent, dans les cas de croup, de recourir à une médication moins incertaine.

Lorsque le croup, résistant aux saignées, aux mercuriaux et aux vomitifs, est arrivé à la troisième période, on n'a plus d'autre espoir pour conserver les malades que de pratiquer la trachéotomie. Mais pour que cette opération, qui par elle-même ne présente aucune gravité, offre encore quelque chance de salut, on ne doit pas la faire trop tard et lorsque l'asphyxie est déjà avancée, ou bien lorsque les forces sont très prostrées. La trachée une fois ouverte, MM. Bretonneau et Trousseau conseillent de recourir à deux nouvelles opérations, qui sont l'*écouvillonnement* et la *cautérisation*. L'écouvillonnement se pratique à l'aide de deux instruments consistant, l'un en une baleine, mince, flexible, terminée par une éponge; l'autre est une tige au bout de laquelle est une petite brosse, semblable à celle dont on se sert pour nettoyer les bouteilles. M. Trousseau, après avoir tenu les lèvres de la plaie béantes à l'aide d'un dilatateur, conseille d'injecter une demi-cuillerée d'eau par la canule, puis on enfonce l'écouvillon à 15 ou 18 centimètres de profondeur; il *ramone* ainsi la trachée pendant deux ou trois secondes, et répète cette opération dix, vingt et jusqu'à quarante fois. Il espère par là séparer les fausses membranes, les entraîner au-dehors et modifier la surface exhalante. Cependant ces manœuvres, que quelques succès d'ailleurs semblent justifier, ont effrayé plusieurs personnes, et notamment les auteurs du *Compendium*. Il en est de même de la cautérisation par la solution de nitrate d'argent qu'on instille dans le larynx et la trachée (20 centigrammes pour 4 grammes d'eau). Mais il est préférable de porter le caustique sur les parties malades à l'aide d'un écouvillon d'éponge qui en est imbibé (1 gramme de nitrate d'argent par 4 d'eau). Enfin M. Trousseau termine par instiller quelques gouttes d'eau tiède, afin de dissoudre, de ramollir le mucus et les fausses membranes. On parvient, en général, après toutes ces manœuvres, à provoquer l'expulsion de quelques concrétions. On place alors dans la trachée une canule appropriée et dont l'orifice a au moins le calibre

normal de la glotte ; on la retient en place à l'aide de deux cordonnets, et on veille à ce qu'elle ne se dérange ni ne s'obstrue. Dans ce dernier cas, on la retire, on la nettoie, et on ne la replace qu'après avoir de nouveau pratiqué l'écouvillonnement. Dès que l'opération est faite, il faut soutenir les forces et commencer par alimenter légèrement les malades. La canule ne sera retirée que lorsque les fausses membranes auront été complétement expulsées et que l'air s'introduira librement par l'ouverture de la glotte. C'est en suivant ces principes que M. Trousseau est parvenu à sauver 25 malades sur 119 qu'il a opérés dans ces dernières années. Le chiffre des guérisons est vraiment énorme, quand on considère que, lorsque l'opération a été faite, les malades étaient presque voués à une mort certaine.

Nature. — D'après les résultats nécroscopiques, on ne peut douter que dans le croup il n'existe une inflammation de la muqueuse laryngo-trachéale ; mais cette phlegmasie ne ressemble point par sa marche et par ses produits aux inflammations ordinaires. Nous croyons donc, avec M. Bretonneau, qu'on doit la regarder comme étant d'une nature spécifique.

LARYNGITE SOUS-MUQUEUSE.

La laryngite est dite *sous-muqueuse* lorsque l'inflammation, se propageant au tissu cellulaire subjacent, détermine son induration ou y produit une infiltration séreuse, purulente, ou des abcès. M. Cruveilhier, qui a imposé à la laryngite sous-muqueuse le nom qu'elle porte, a également proposé de la distinguer en laryngite *sus-glottique* et *sous-glottique*. La première consiste dans l'infiltration séreuse ou purulente des replis aryténo-épiglottiques. La seconde, beaucoup plus rare, est caractérisée par des altérations analogues situées au-dessous des ventricules et derrière le cartilage cricoïde.

1° *Laryngite sus-glottique, œdémateuse, ou œdème de la glotte.*

La variété de la laryngite sous-muqueuse qu'on nomme *sus-glottique* n'est autre que l'affection connue sous les noms d'*œdème de la glotte*, d'*angine laryngée œdemateuse* ou *séreuse*. C'est en vain qu'on voudrait faire remonter à Boerhaave les premières notions sur cette maladie, dont les caractères anatomiques, imparfaitement indiqués par Morgagni et par Bichat, n'ont été réellement décrits pour la première fois qu'en 1808, par Bayle, qui a tracé un tableau tellement fidèle de la maladie, que, depuis lui, on n'a presque rien ajouté à la description qu'il en a faite.

Caractères anatomiques. — A l'autopsie, on trouve l'ouverture de la glotte presque complétement oblitérée par l'épaississement et le gonfle-

ment des replis muqueux aryténo-épiglottiques. Ceux-ci, d'après la remarque de Bayle, sont tellement disposés que toute impulsion qui vient du pharynx, comme l'air, les renverse dans l'ouverture de la glotte, qu'ils bouchent plus ou moins complétement, tandis que toute impulsion qui vient du côté de la trachée repousse le bourrelet sur les côtés de la glotte, dont l'orifice devient libre, c'est-à-dire que la glotte est bouchée pendant l'inspiration et plus ou moins libre à l'expiration. La muqueuse, dans toute son étendue, est pâle, blanchâtre, ou bien rouge-bleuâtre, et plus ou moins épaissie. Ces replis sont mobiles, tremblotants; ils résistent beaucoup quand on les presse entre les doigts. Si on les incise, on trouve que le tissu cellulaire est dense et à mailles très serrées; les aréoles ne semblent pas communiquer entre elles; c'est ce qui explique pourquoi il est si difficile, même en les comprimant pendant longtemps, d'exprimer la sérosité qui y est infiltrée. Si la phlegmasie a suivi une marche plus rapide, le liquide contenu dans les lèvres de la glotte ressemble plutôt à une lymphe plastique qu'à de la sérosité; plus tard c'est du pus : on a vu quelquefois celui-ci réuni en foyer. Enfin, des points gangréneux peuvent exister sur la muqueuse; souvent encore on constate des caries et des nécroses des cartilages thyroïde et aryténoïde; parfois aussi des fusées purulentes existent entre les couches musculaires du larynx. Des altérations à peu près semblables, mais en général moins marquées, se remarquent dans les cordes vocales. L'épiglotte est presque toujours gonflée sur ses bords, qui sont mousses et arrondis; enfin fréquemment on trouve des traces de phlegmasies sur le pharynx et les amygdales.

Symptômes, *marche*, *terminaisons.* — La laryngite œdémateuse peut débuter brusquement par un accès de suffocation; cependant, dans la presque totalité des cas, l'invasion de la maladie est lente et obscure; les malades accusent de la gêne plutôt encore que de la douleur à la partie supérieure du larynx; à chaque inspiration, l'air semble franchir un obstacle et produit souvent un sifflement; la voix est rauque ou faible; les malades font des efforts de toux pour se débarrasser de l'obstacle dont ils ont la conscience; enfin quelques uns éprouvent une gêne plus ou moins grande dans la déglutition (Bouillaud). Cependant, au bout de quelques jours, les symptômes s'aggravent; la respiration est plus pénible, plus bruyante; on observe des accès de suffocation pendant lesquels l'inspiration bruyante, très sifflante, se fait avec des efforts inouïs, tandis que l'expiration est facile, ce qui s'explique par la disposition anatomique des replis aryténo-épiglottiques dont nous avons parlé précédemment. Ces accès, pendant lesquels l'asphyxie est imminente, durent pendant sept à dix minutes, quelquefois davantage; ils se répètent au bout de quelques heures, de plusieurs jours ou d'une semaine; dans leur intervalle, la respiration redevient beaucoup plus libre.

Cependant, lorsque les accès sont très rapprochés, la respiration continue à être gênée; la face bleuâtre, les extrémités livides, la diminution de la calorification indiquent une hématose incomplète. Comme nous l'avons dit pour le croup, quelques malades meurent rapidement dans un accès de suffocation, comme si un obstacle empêchait subitement l'arrivée de l'air. La plupart succombent avec les symptômes d'une asphyxie lente. Dans l'affection dont je parle, le thorax est toujours sonore à la percussion; mais le volume d'air qui arrive dans les poumons étant beaucoup moins considérable en raison de l'obstacle du larynx, il s'ensuit que le murmure respiratoire est généralement affaibli, quelquefois même nul; celui qui existe est en outre souvent masqué par le sifflement qui se passe dans la gorge et le larynx. La palpation du cou, l'inspection de la gorge, ne fournissent que des résultats négatifs. La possibilité qu'il y aurait, d'après MM. Thuilier, Bricheteau, Legroux, Lisfranc, de pouvoir constater par le toucher une tuméfaction des replis aryténo-épiglottiques en portant profondément le doigt jusqu'au-dessous de l'épiglotte, ne nous est pas démontrée. Nous avons vainement essayé deux ou trois fois d'arriver ainsi sur le siége du mal; les resserrements spasmodiques de l'ouverture supérieure du larynx et les efforts de vomissements nous ont toujours arrêté dans nos recherches, et nous savons que plusieurs autres praticiens, MM. Chomel et Blache entre autres, n'ont pas été plus heureux que nous. Au milieu de cet appareil de symptômes si fâcheux, la fièvre est nulle ou médiocre, l'anorexie est le seul phénomène sympathique du côté des voies digestives.

Durée. — Comme on vient de le voir, la laryngite œdémateuse a une marche intermittente et plus ou moins rapide. Sa durée varie depuis quelques heures jusqu'à plusieurs semaines et même un mois; la mort en est la terminaison ordinaire, puisque Bayle l'a vue survenir seize fois sur dix-sept malades.

Diagnostic. — Bayle a indiqué comme signes pathognomoniques de la maladie, des accès de suffocation, et surtout le contraste qui existe entre l'inspiration et l'expiration, la première se faisant péniblement, tandis que la seconde aurait lieu sans efforts. Cependant il y a à ce sujet d'assez nombreuses exceptions, et nous avons vu nous-même plusieurs cas de laryngite œdémateuse dans lesquels l'expiration et l'inspiration étaient également pénibles. Il n'existe aucun signe pathognomonique de la laryngite œdémateuse, et nous pensons que le diagnostic de cette affection ne peut être établi que par un ensemble de caractères. Ainsi un sentiment de gêne à la partie supérieure du larynx s'accompagnant d'enrouement, d'une inspiration sifflante, et bientôt d'accès de suffocation qui cessent et se reproduisent ordinairement à de courts intervalles, indiquent sûrement un obstacle dans le larynx, et tout porte à penser que cet obstacle est déterminé par le gonflement, l'infiltration sé-

reuse ou purulente des replis aryténo-épiglottiques. Les accès de suffocation produits par le gonflement des amygdales, par les maladies de l'aorte, du cœur et du poumon, seront facilement reconnus à l'aide des moyens d'exploration dont nous pouvons disposer. L'aphonie, le timbre de la toux, l'expulsion de fausses membranes, ne permettront pas de confondre le croup avec la laryngite œdémateuse. Les accidents que celle-ci produit ne pourront non plus être confondus avec ceux que détermine l'introduction d'un corps étranger qui occasionne une suffocation subite, un raclement particulier perceptible à distance par l'auscultation médiate lorsqu'il se déplace; il est rare enfin qu'on ne puisse s'éclairer par les commémoratifs. Un polype pédiculé du larynx produit les mêmes accidents qu'un corps étranger venu du dehors; cependant j'avoue que le diagnostic sera difficile sinon impossible; toutefois cette lésion est tellement rare, qu'il est permis, jusqu'à un certain point, d'en faire abstraction lorsqu'on établit le diagnostic différentiel de la laryngite œdémateuse. Enfin un abcès rétropharyngien, par les menaces de suffocation qui l'accompagnent, pourrait simuler l'œdème de la glotte, si la douleur de gorge, la gêne de la déglutition, l'œdème du cou et surtout la tumeur fluctuante qui existe à la face antérieure du pharynx, et qu'on voit quand on fait ouvrir la bouche au malade, ne venaient éclairer sur la véritable nature de la maladie.

Pronostic.— Le pronostic sera toujours extrêmement grave, puisque sur 39 malades dont M. Valleix a réuni les observations, on ne compte que 9 guérisons.

Étiologie. — La laryngite sous-muqueuse est tantôt *primitive*, c'est-à-dire résultant d'une inflammation primitivement développée dans le larynx; d'autres fois elle est *consécutive* à l'altération des parties voisines, telles que des ulcérations du larynx, des caries de ses cartilages, etc. Rare dans l'enfance, on ignore l'influence qu'exercent sur la production de la maladie le sexe et la constitution des individus. Bayle a reconnu que le plus souvent la laryngite sous-muqueuse survenait pendant la convalescence des maladies fébriles, et très rarement dans un état de santé parfaite, opinion qui a été confirmée récemment par les recherches de M. Valleix, qui, sur 37 malades, n'a vu l'angine être primitive que deux fois. Les affections chroniques du larynx avec ulcérations paraissent surtout y prédisposer (Trousseau et Belloc). Dans la plupart des cas, la maladie survient sans cause déterminante; quelquefois elle succède à l'impression du froid.

Traitement. — Au début, il faut recourir aux émissions sanguines générales et locales et aux dérivatifs sur le tube intestinal. On prescrit aussi des vomitifs dans le double but de produire une révulsion et d'opérer une diminution dans l'engorgement des parties, par suite de la compression qu'exerce sur elles le pharynx convulsivement contracté

pendant l'acte du vomissement. Enfin on aura recours aux révulsifs cutanés, tels que sinapismes aux extrémités inférieures, large vésicatoire à la nuque ou au-devant du cou. On a aussi proposé la déchirure du bourrelet œdémateux. M. Lisfranc l'opère avec un bistouri à lame étroite et garni de linge jusqu'à 3 ou 4 millimètres de la pointe. M. Legroux, qui a publié un bon travail sur la maladie dont je traite, déchire le bourrelet œdémateux avec l'ongle de l'indicateur, qu'il taille inégalement. Les observations faites par ces deux médecins méritent de fixer l'attention; cependant, d'après ce que nous avons dit précédemment, nous croyons que ce moyen est rarement applicable, précisément en raison de la difficulté qu'on éprouve à sentir le bourrelet qu'il s'agit d'inciser ou de lacérer. Quand tout cela échoue, il faut se hâter de pratiquer la laryngo-trachéotomie avant que l'asphyxie soit trop avancée. Il vaut mieux ici, comme pour le croup, pécher par précipitation que de rester trop en retard; car si on n'opère que lorsque le sang veineux remplit déjà tous les organes, il arrive fréquemment que les malades succombent, lors même que la trachéotomie a été suivie en apparence du rétablissement des fonctions respiratoires et circulatoires.

2° *Laryngite sous-glottique.*

On possède très peu d'exemples de la laryngite sous-glottique décrite par M. Cruveilhier. Dans cette maladie, comme dans la forme précédente, le calibre du larynx est obstrué par le soulèvement de la muqueuse, qui est produit par un abcès développé au-dessous d'elle, et qui entraîne la dénudation et la nécrose du cartilage cricoïde. Celui-ci finit par se séparer, et peut être expulsé par l'œsophage ou le larynx, suivant que l'abcès s'ouvre dans l'un ou l'autre de ces organes. La laryngite sous-glottique a une marche plus lente que celle qui existe au-dessus de la glotte; la douleur siège plus inférieurement que dans cette dernière, et elle s'accompagne moins fréquemment de gêne dans la déglutition. D'ailleurs il existe dans l'une comme dans l'autre une respiration sifflante et des accès de suffocation. Le traitement est aussi le même dans les deux cas.

DE LA LARYNGITE CHRONIQUE.

La laryngite existe souvent à l'état chronique; cependant sous cette dénomination la plupart des auteurs ont réuni des altérations très diverses, depuis la simple injection avec ou sans ramollissement et épaississement de la membrane muqueuse jusqu'à son ulcération, qui s'accompagne souvent elle-même de la destruction des tissus subjacents. Ces ulcérations sont communément regardées comme constituant le caractère anatomique d'une forme de la laryngite chronique désignée

sous les noms de *phthisie laryngée*, en raison des symptômes de consomption qui l'accompagnent. En traitant de l'anatomie pathologique, nous allons voir si dans l'état actuel de la science on peut admettre une phthisie laryngée idiopathique. Quoi qu'il en soit, il importe pour le moment de maintenir encore la distinction qu'on a faite de la laryngite en *simple bénigne* ou *non ulcéreuse*, et en *grave* ou *ulcéreuse*.

Caractères anatomiques. — Il arrive assez fréquemment qu'en examinant le larynx d'individus qui ont présenté pendant plusieurs années des symptômes de laryngite chronique *simple*, on ne trouve pourtant aucune lésion appréciable de la membrane muqueuse. Cependant, dans la plupart des cas, on constate diverses altérations : ainsi tantôt la membrane muqueuse est injectée, bleuâtre, ou de couleur ardoisée ; ailleurs elle est pâle, mais mamelonnée et épaissie, plus résistante ou plus friable ; enfin l'appareil folliculaire peut avoir subi une sorte d'hypertrophie. Ces lésions occupent rarement toute l'étendue du larynx ; mais elles sont ordinairement limitées à une portion de l'organe, et se montrent surtout sur les cordes vocales, les ventricules ou l'épiglotte. Enfin on a prétendu que dans un degré plus avancé on pouvait observer des ulcérations.

Jusque dans ces derniers temps, on a regardé les ulcérations comme succédant fréquemment aux inflammations idiopathiques de la muqueuse du larynx ; cependant une observation plus attentive a aujourd'hui mis hors de doute que dans la presque totalité des cas, sinon dans tous, les ulcérations du larynx sont symptomatiques. Ainsi à l'état aigu on ne les observe que dans le cours de la morve, de l'affection typhoïde, plus rarement dans la variole ou après l'emploi du tartre stibié à haute dose ; à l'état chronique elles se lient presque toujours à l'existence de tubercules pulmonaires ; enfin dans quelques cas fort rares elles sont consécutives à l'infection syphilitique. Est-ce à dire pourtant que les ulcérations du larynx ne puissent jamais être primitives ? Je suis loin d'en contester la possibilité ; cependant je prétends que ce fait doit être excessivement rare ; car, dans les nombreuses autopsies que j'ai faites depuis douze ans, je n'en ai encore rencontré aucun exemple, et dans les recherches auxquelles je me suis livré dans les auteurs, il m'a été impossible non plus d'en trouver aucun qui fût bien authentique. Je dirai même que les sept observations que M. Trousseau a rassemblées comme exemples de laryngite chronique avec ulcérations essentielles, ne sont point concluantes, puisque, s'il est vrai qu'il n'existât aucun tubercule pulmonaire, il n'est pas aussi bien démontré pour moi qu'elles n'aient pas été l'effet d'une infection vénérienne. Je le répète donc, je ne nie pas absolument la possibilité des ulcérations primitives idiopathiques ; je dis seulement qu'elles sont rares, tellement rares, que lorsqu'on les rencontre sur les cadavres ou qu'on les soupçonne sur le vivant, il faut

supposer l'action de quelques unes des causes générales que j'ai précédemment signalées. Nous n'avons pas à nous occuper dans cet article des ulcérations symptomatiques, qui d'ailleurs se forment très probablement d'après un mécanisme différent de celui qui préside au développement des ulcérations de nature inflammatoire.

Symptômes. — Dans la laryngite chronique, la voix est constamment altérée ; elle est parfois seulement voilée ; d'autres fois elle est rauque, dure, inégale ; les sons aigus ne peuvent plus être produits. Cet enrouement varie beaucoup dans la journée : il est, en général, plus marqué le matin que le soir ; quelquefois c'est le contraire. Il diminue par le séjour au milieu d'une température élevée, et s'aggrave par l'exposition au froid et à l'humidité. Enfin la voix s'éclaircit souvent pendant le travail de la digestion, à moins pourtant que les malades n'aient pris des alcooliques en trop grande quantité. Le larynx est le siége d'un sentiment de gêne plutôt que d'une véritable douleur ; ce qui excite les malades à faire des efforts d'expiration comme pour expulser un corps étranger qui serait engagé dans la partie supérieure du tuyau vocal. Les crachats qui sont expulsés, surtout le matin, au moment du réveil, sont d'un blanc jaunâtre, quelquefois pelotonnés, sans caractères particuliers. Il est rare que la pression exercée extérieurement excite quelque douleur ; d'ailleurs on ne constate aucune augmentation de volume du larynx. Si on ausculte cet organe, on trouvera souvent que le bruit laryngien est plus rude, comme *râpeux* (Barth et Roger). Ce caractère, d'ailleurs n'a pas grande importance. Dans la laryngite chronique simple, il n'existe que des accidents locaux ; car, sous tous les autres rapports, les malades jouissent d'une santé parfaite.

Marche, durée et terminaisons. Cette maladie a une marche lente : elle peut présenter des exacerbations, et passer momentanément à l'état aigu. Sa durée est indéterminée : elle peut persister pendant un grand nombre d'années sans influencer d'aucune sorte la santé générale. On a dit pourtant que, lorsqu'elle se prolongeait, elle pouvait dégénérer en *phthisie*, par suite de la production des ulcérations. Nous nous sommes déjà expliqué précédemment sur cette possibilité.

Diagnostic. — Le diagnostic de la laryngite chronique ne présente aucune difficulté ; mais il importe surtout de bien distinguer la laryngite simple des différentes espèces d'ulcérations qui peuvent se former dans le larynx. Ainsi, lorsqu'un malade qui a de l'enrouement maigrit, a de la fièvre le soir, et des sueurs pendant le sommeil de la nuit, il faudra soupçonner une affection tuberculeuse des poumons, et presque toujours l'auscultation et la percussion de la poitrine donneront de la réalité à ces présomptions. L'enrouement dépend-il d'une infection syphilitique, il sera plus considérable que dans la laryngite simple ; il s'accompagnera souvent d'une expectoration purulente ; il existera en outre des signes

de syphilis constitutionnelle, tels que des syphilides, des exostoses, des douleurs ostéocopes, et surtout des ulcérations caractéristiques sur la langue, les amygdales, le voile du palais et le pharynx. Si ces signes manquent, on aura recours aux commémoratifs. Ajoutons que les phénomènes de consomption, qui n'existent jamais dans la laryngite simple, et qu'on ne pourra rattacher ici à aucune lésion tuberculeuse des poumons, devront faire considérer les accidents qu'on observe du côté du larynx comme étant de nature syphilitique. Enfin le cancer du larynx se traduit par des signes tellement évidents, qu'il sera impossible de le confondre avec la laryngite simple. (Voir les articles *Phthisie pulmonaire* et *Syphilis*.)

Pronostic. — La laryngite chronique simple est une affection toujours bénigne.

Etiologie. — Rare chez les enfants, plus fréquente chez l'homme que chez la femme, la laryngite chronique affecte spécialement les individus qui, par état, fatiguent beaucoup les organes de la voix, surtout lorsque leurs professions les exposent en outre aux intempéries de l'air : tels sont les marchands et chanteurs ambulants. Les excès alcooliques ont également une grande influence, et c'est à cette triple cause qu'il faut surtout rapporter ces laryngites chroniques qui sont si communes chez les filles publiques de bas étage. Il ne paraît pas, comme on l'a cru pendant longtemps, que l'exposition aux vapeurs irritantes, et surtout que l'inspiration des corps pulvérulents soient des causes actives de la laryngite chronique. Il n'en est plus de même de l'introduction dans le larynx de corps étrangers volumineux, comme des noyaux de fruits, des corps métalliques, des pièces de monnaie, etc., dont le séjour prolongé peut être suivi de pneumonie ou de la production de tubercules pulmonaires; mais quelquefois il n'y a qu'une laryngite, probablement avec ulcération, car elle s'accompagne d'amaigrissement, de fièvre hectique, accidents qui cèdent rapidement dès que le corps étranger a été extrait ou expulsé par la nature.

Traitement. — Il faut d'abord éloigner les causes qui ont paru présider au développement de la maladie. Si l'enrouement est considérable, les malades s'abstiendront de parler; s'il existe de la douleur, des symptômes subaigus, on fera une application de sangsues au-devant du larynx, ou bien on mettra quelques ventouses à la nuque. Cependant les antiphlogistiques ne conviennent que dans le plus petit nombre des cas et d'une manière passagère : les révulsifs, au contraire, sont toujours indiqués. Parmi ceux-ci, on doit placer en première ligne le vésicatoire volant, ou mieux encore à demeure, au-devant du cou ou à la nuque; les frictions avec l'huile de croton et la pommade stibiée, les douches ascendantes, sulfureuses ou alcalines. On a encore conseillé le séton à la nuque ou le long du larynx, ou bien encore des cautères sur les parties

latérales du cou ; mais nous ne croyons pas qu'on doive employer contre une affection bénigne des remèdes aussi violents, et qui laissent des traces indélébiles. Lorsque la toux est fréquente, on la modère souvent par l'emploi des narcotiques, tels que les pilules d'opium, ou bien les fumigations de datura stramonium, substance que les malades pourront également fumer. Enfin on pourra encore se servir d'emplâtres et de pommades stupéfiantes. Dans ces derniers temps, MM. Trousseau et Belloc ont beaucoup insisté pour opposer à la laryngite chronique une médication topique. Il ne paraît pas que les substances aromatiques excitantes, administrées sous forme sèche ou humide, aient eu des résultats très avantageux ; mais il n'en est pas de même des astringents, et surtout des caustiques, comme le nitrate d'argent. M. Trousseau a, en effet, obtenu par ces moyens des succès incontestables. Le nitrate d'argent est employé en solution (2 à 4 grammes pour 4 grammes d'eau distillée). Si on veut cautériser la partie supérieure du larynx, on prend une baleine recourbée et armée d'un morceau d'éponge qu'on trempe dans la solution caustique. On fait alors ouvrir largement la bouche au malade, puis attirant la langue en avant, et déprimant sa base, on met à découvert l'épiglotte, au-dessous de laquelle on insinue l'éponge, qui pénètre ainsi dans le larynx et le cautérise. On peut encore se servir, pour la même opération, d'une seringue d'argent semblable à celle d'Anel, dont le siphon a 15 centimètres de longueur et se recourbe fortement à son extrémité. L'ouverture du siphon aura un demi-millimètre de diamètre. Enfin le même médecin a souvent employé les insufflations de sous-nitrate de bismuth, de sulfate de zinc, de cuivre, d'acétate de plomb, combinés avec une quantité de sucre variable (de 2 à 36 fois leur poids). Ces insufflations pourront être faites par le malade à l'aide d'un tube de 24 à 30 centimètres de longueur, sur 4 à 6 millimètres de diamètre. Il introduit une des extrémités du tube chargé de poudre médicamenteuse le plus profondément qu'il peut dans la gorge, puis faisant une inspiration profonde, il entraîne ainsi le médicament, que la colonne d'air fait pénétrer en partie dans le larynx. Quoique l'emploi de tous ces moyens semble justifié par quelques succès, ceux-ci ne sont pas encore tellement multipliés qu'on puisse employer tous ces remèdes avec une égale confiance.

TRACHÉITE AIGUE ET CHRONIQUE.

Je ne veux point traiter spécialement de la trachéite, car chacun sait que l'inflammation est rarement bornée à cet organe ; mais elle y arrive presque toujours par extension soit du côté des bronches, soit du côté du larynx. Dans les cas rares où la trachéite existe seule, on constate un léger sentiment de gêne et de picotement à la partie inférieure du

cou ; il existe un peu de toux, et les malades rejettent quelques crachats filants, transparents ou opaques ; quelques uns se plaignent d'être oppressés; il n'y a presque jamais de fièvre. Il est, je crois, sans exemple que la trachéite ait mis quelquefois la vie des malades en péril.

La trachéite peut exister à l'état chronique ; comme la laryngite, elle peut être simple ou avec ulcération. On a voulu faire de cette dernière une forme spéciale de phthisie (phthisie trachéale) ; M. Cayol l'a décrite dans sa thèse. Mais il est reconnu aujourd'hui que les ulcères de la trachée ne sont jamais indépendants, que toujours ils coexistent avec la phthisie pulmonaire ou avec des ulcérations du larynx, se liant elles-mêmes presque toujours à la même cause ou à une infection syphilitique ou farcineuse.

DE LA BRONCHITE.

Synonymie. — Rhume ; catarrhe pulmonaire ; fièvre catarrhale inflammatoire.

Le mot de bronchite sert à désigner l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches. Cette expression est préférable à celle de *catarrhe pulmonaire*, qui exprime l'idée d'un flux muqueux souvent indépendant d'un travail d'inflammation, et parce qu'en outre il peut y avoir phlegmasie de la muqueuse des bronches sans que pour cela il y ait nécessairement augmentation dans la sécrétion de cette membrane.

Historique et divisions. — La bronchite, quoique très anciennement connue, n'est pourtant bien décrite que depuis les immortels travaux de Laënnec. Parmi les nombreuses divisions qu'on a admises dans l'histoire de cette affection, il en est quelques unes d'importantes et qu'il faut maintenir ; telle est d'abord la division de la bronchite en *aiguë* et en *chronique*, puis la distinction de la première en bronchite *ordinaire*, *capillaire* et *pseudo-membraneuse*. La bronchite capillaire, qui correspond au catarrhe suffocant des auteurs, n'a été bien décrite que dans ces derniers temps ; elle l'a été d'abord par les auteurs du *Compendium*, et par M. Fauvel, qui a publié ses recherches dans sa thèse d'abord et plus tard dans le tome II des *Mémoires de la Société médicale d'observation* de Paris. Enfin, plus récemment, MM. Mahot, Bonamy, Marcé et Malherbe, médecins de l'Hôtel-Dieu de Nantes, ont donné une excellente relation d'une épidémie de bronchite capillaire qu'ils ont observée en commun de 1840 à 1841. Ces messieurs ont confirmé presque en tous points les résultats du docteur Fauvel.

Caractères anatomiques. — Les bronches enflammées contiennent une quantité plus ou moins considérable d'un mucus blanc, visqueux,

aéré ou opaque et purulent. La membrane muqueuse est rouge ; l'injection est disposée en arborisation, en plaques, en zones ou en piqueté ; il est rare qu'on puisse constater une augmentation dans l'épaisseur du tissu. Plus fréquemment on le trouve ramolli et granulé ; il ne paraît pas qu'on ait jamais observé ni la suppuration du tissu cellulaire sous-jacent ni la gangrène de la muqueuse bronchique. Ces caractères anatomiques de l'inflammation sont plus ou moins étendus ; presque toujours on les retrouve dans les deux poumons à la fois, mais limités à un certain nombre de bronches. Souvent ils ne dépassent pas les gros tuyaux, d'autres fois ils n'existent que sur les ramifications les plus ténues ; on dit alors que la bronchite est *capillaire*. En incisant dans ces cas les petites bronches, on les trouve remplies par une matière mucoso-purulente, épaisse, non aérée, qui les oblitère depuis les deuxième ou troisième divisions jusqu'aux ramifications capillaires. Ces mucosités finissent par produire mécaniquement une dilatation uniforme de ces conduits, laquelle d'ailleurs est un peu moins marquée chez l'adulte que chez les enfants. La membrane muqueuse, ayant son épaisseur et sa consistance normale, est d'un rouge intense, et cette rougeur va en s'affaiblissant des grosses ramifications vers les petites ; d'autres fois c'est le contraire qu'on observe. L'obstruction des petites bronches, lorsqu'elle est générale, produit nécessairement une dilatation des vésicules (*emphysème vésiculaire*), surtout sur les bords tranchants de l'organe ; plus rarement on voit un peu d'emphysème interlobulaire ; lésions qui expliquent pourquoi les poumons, loin de s'affaisser lorsqu'on ouvre la poitrine, tendent, au contraire, à s'échapper de cette cavité. Presque toujours aussi on constate des noyaux de pneumonie lobulaire ; l'inflammation du poumon, généralement plus constante chez l'enfant que chez l'adulte, a été notée chez presque tous les sujets ouverts par les médecins de Nantes. M. Fauvel a fait voir en outre que, chez les enfants, un grand nombre des vésicules dilatées contenaient la même matière que les bronches, mais elle s'y montre sous forme de granulations blanchâtres ou jaunâtres, et qu'il faudrait bien se garder de confondre avec les granulations tuberculeuses, auxquelles elles ressemblent par leur forme et leur volume. Les poumons de ces sujets sont, en général, rosés à la coupe ; les ganglions bronchiques sont souvent gonflés, rouges, ramollis, du moins chez les enfants. Il y a encore une bronchite pseudo-membraneuse anatomiquement caractérisée par la production de fausses membranes dans les tuyaux bronchiques, et qui sont analogues à celles que nous avons rencontrées dans le croup. Elles se présentent sous forme de petits cylindres blancs élastiques ; elles sont ordinairement bornées aux petites divisions bronchiques. En les soulevant et en tirant sur elles avec précaution, on parvient quelquefois à en extraire un nombre assez considérable, se composant d'une tige centrale de laquelle partent une foule de divisions

pénétrant chacune dans une ramification capillaire. La bronchite pseudo-membraneuse accompagne souvent la bronchite capillaire.

Symptômes, marche, terminaisons, durée. — Dans sa forme la plus bénigne, la bronchite ne produit d'autre accident qu'une toux peu forte, à peine douloureuse, avec expectoration de quelques crachats muqueux. Il n'y a, en général, ni malaise ni fièvre; pourtant l'appetit est un peu diminué, ou bien les aliments semblent moins sapides. Cette incommodité, vulgairement appelée *rhume*, succède souvent au coryza; elle disparaît fréquemment au bout de quelques jours; d'autres fois elle se prolonge pendant un temps plus ou moins long.

La bronchite aiguë intense est souvent précédée de prodromes, surtout lorsqu'elle survient d'une manière spontanée : ainsi, il y a du malaise, des horripilations, de la sensibilité au froid, de l'inappétence, du coryza, une céphalalgie vive, etc. Dès que la bronchite est confirmée, les malades accusent un sentiment de gêne et de pesanteur dans la poitrine, parfois un chatouillement incommode, ou bien une douleur obtuse, contusive ou déchirante derrière le sternum; une constriction à la base et sur les côtés du thorax. Ces souffrances s'exaspèrent par la toux, qui s'accompagne, en outre, fréquemment de douleurs vives, déchirantes, suivant la direction de la trachée-artère et des bronches. La toux est donc un symptôme très pénible pour les malades; elle est spontanée ou bien elle est provoquée par la parole, les mouvements du corps, les émotions, l'impression d'un air froid, etc.; un chatouillement ayant son siége vers la partie supérieure de la trachée la précède de peu d'instants. La toux se reproduit ordinairement sous forme de *quintes*, c'est-à-dire qu'une seule inspiration est suivie de cinq ou six secousses successives. Ces accès, qui sont toujours plus forts et plus fréquents le soir et surtout pendant la nuit, empêchent quelquefois tout-à-fait le sommeil. Si elles se reproduisent sans interruption pendant plusieurs minutes, on voit alors les jugulaires se gonfler, la face se congestionne, les yeux deviennent larmoyants, les malades accusent de la céphalalgie et un grand malaise. Si les quintes sont fréquentes, elles produisent un endolorissement de l'épigastre, des hypochondres et vers les attaches du diaphragme. Enfin, les accès de toux, s'ils sont violents ou s'ils surviennent pendant le travail de la digestion, s'accompagnent de nausées, de vomissements alimentaires, bilieux ou glaireux. La toux, qui est tantôt rauque, tantôt plus ou moins éclatante, est d'abord sèche; mais elle ne tarde pas, au bout d'un ou plusieurs jours, à être suivie d'une expectoration formée d'abord par des crachats muqueux, aqueux, quelquefois striés de sang et d'une saveur salée. En dehors des quintes l'oppression est généralement peu considérable; si on percute la poitrine, elle rend partout le son qui lui est naturel. L'auscultation, au contraire, fait constater l'existence des râles sibilant et ronflant. Si la sécrétion

bronchique est assez considérable, il existe aussi un râle muqueux ou sous-crépitant; celui-ci, si on en excepte les cas de bronchite capillaire, siège presque toujours à la racine des bronches ou à la base de l'un et l'autre poumon (1). Le bruit naturel de la respiration est quelquefois devenu puéril; souvent il est affaibli ou masqué; quelquefois il est tout-à-fait suspendu, en raison de l'occlusion momentanée des tuyaux bronchiques par quelques mucosités. Mais dès que celles-ci se sont déplacées, soit spontanément, soit après des efforts de toux, le bruit respiratoire reparaît. Cette occlusion momentanée des bronches peut également suspendre les râles sibilants et ronflants. Enfin le râle muqueux étant produit par le passage de l'air à travers des mucosités, on conçoit qu'il puisse à son tour cesser d'être perçu, lorsque les liquides se déplacent ou sont expulsés.

Indépendamment de ces symptômes locaux, la bronchite aiguë intense s'accompagne de symptômes généraux et sympathiques : ainsi les malades accusent de la céphalalgie sus-orbitaire et du malaise, ils ont des horripilations; la peau est chaude, moite, le pouls accéléré, la langue blanche, la soif vive, l'appétit nul. Souvent la plupart de ces symptômes s'exaspèrent le soir et constituent une sorte de paroxysme.

Cependant, après avoir persisté ainsi à l'état aigu, les symptômes généraux et sympathiques diminuent d'intensité, les quintes sont moins pénibles, moins fréquentes; la sécrétion bronchique augmente, elle est blanche, opaque, verdâtre. Le vulgaire dit alors que *le rhume mûrit*. C'est la période dite de *coction* des anciens auteurs.

La bronchite se termine presque toujours par résolution; d'autres fois elle passe à l'état chronique. Elle n'a jamais une issue funeste, excepté chez les sujets très affaiblis par l'âge ou par quelque maladie

(1) Le râle *sibilant* donne la sensation d'un petit sifflement prolongé, aigu ou grave; d'autres fois il ressemble davantage au gazouillement des oiseaux. Le râle *sonore* ou *ronflant*, au contraire généralement plus bruyant, consiste en un bruit qui imite le ronflement d'un homme qui dort, ou le roucoulement de la tourterelle, ou celui que donne une corde de basse qu'on frotte avec le doigt. Le premier paraît se passer dans les petites bronches, le second dans les plus grosses. Ils s'expliquent l'un et l'autre par les rétrécissements des tuyaux aériens, produits par le boursouflement de la muqueuse ou par des mucosités très adhérentes. Ces deux râles sont souvent désignés sous le nom de *râles secs* : on les entend indifféremment pendant l'inspiration et pendant l'expiration. Le râle *sous-crépitant*, qu'on a comparé au bruit qu'on fait en soufflant avec un chalumeau dans de l'eau de savon, est caractérisé par des bulles un peu grosses et humides, inégales entre elles, et qu'on entend surtout, mais non exclusivement, pendant l'inspiration; il forme la transition entre le râle *crépitant sec* de la pneumonie et le râle *muqueux*. Celui-ci est constitué par des bulles plus grosses, plus humides et plus rares; il constitue quelquefois un véritable gargouillement. Ces deux derniers râles sont produits par le passage de l'air à travers un liquide. Le premier se passe *peut-être* dans les vésicules; le second est produit dans les bronches.

grave. Lorsque la mort survient dans le cours d'une bronchite, elle résulte toujours de ce que la phlegmasie s'est propagée aux petites ramifications (*bronchite capillaire*) ou au parenchyme pulmonaire (*pneumonie*), ou bien encore de ce que les mucosités ayant été sécrétées en grande abondance, et les forces ne suffisant plus pour les expulser, s'accumulent dans l'arbre aérien, gênent l'entrée de l'air, et déterminent l'asphyxie. La durée varie entre quelques jours et plusieurs mois; elle est en général d'autant plus longue que la saison est plus froide et plus humide, que les individus sont plus faibles, plus délicats, et que la maladie a déjà récidivé un plus grand nombre de fois.

Variétés. — La bronchite aiguë peut présenter quelques modifications dans ses symptômes généraux et locaux. Ainsi, affecte-t-elle des sujets pléthoriques, vigoureux, on observera le cortége ordinaire des fièvres inflammatoires : aussi les auteurs disent alors qu'il y a un catarrhe *inflammatoire*. D'autres fois il existe concurremment des symptômes bilieux; c'est ainsi qu'un grand nombre des affections que Stoll a observées dans le siècle dernier, et qu'il a décrites comme des pneumonies bilieuses, ne sont, pour la plupart, que des bronchites intenses, compliquées d'un état bilieux qui, à cette époque, était le caractère prédominant de la constitution médicale de l'Europe. C'est encore à la bronchite qu'il fait rapporter les nombreuses relations qu'on trouve sur diverses fièvres catarrhales bilieuses qui ont souvent régné épidémiquement à la même époque. Il y a encore une bronchite qu'on peut appeler *latente*, car elle ne se révèle le plus ordinairement que par une toux sèche qu'on regarde souvent comme étant nerveuse, et comme résultant sympathiquement de la souffrance d'un autre organe. Mais l'auscultation ne fait entendre aucun bruit morbide, ni aucune altération du murmure vésiculaire : tout porte à penser que dans ces cas la phlegmasie est légère et bornée aux premières divisions des conduits aériens. Mais la variété la plus importante de la bronchite est celle dans laquelle la phlegmasie envahit les petites ramifications, et les obstrue par des mucosités ou des fausses membranes : c'est la bronchite capillaire, dont nous avons déjà fait connaître précédemment les caractères anatomiques.

Bronchite capillaire. — La bronchite capillaire paraît succéder presque toujours à une bronchite ordinaire de médiocre intensité; ce n'est que dans des cas fort rares que l'inflammation envahit primitivement les petites bronches, et s'annonce aussitôt par des symptômes plus ou moins graves. En effet, dès que la bronchite capillaire existe, on observe une oppression extrême, survenant parfois presque tout-à-coup. L'inspiration, accompagnée souvent de sifflement, se fait péniblement, et par la contraction convulsive et simultanée de tous les muscles qui peuvent y concourir; les mouvements respiratoires sont accélérés sur-

tout chez les enfants, chez lesquels on a quelquefois compté jusqu'à soixante ou quatre-vingts respirations par minute. La toux est fréquente, quinteuse, pénible par les douleurs déchirantes qu'elle excite derrière le sternum. Enfin, après des secousses nombreuses, les malades rejettent quelques mucosités filantes, mousseuses, et des crachats blancs, visqueux, aérés ou parfois striés de sang; ailleurs ce sont des mucosités jaunâtres, non aérées, dont l'expulsion n'amène aucun soulagement (épidémie de Nantes). La percussion donne partout un son clair; il arrive même quelquefois que la sonorité est exagérée surtout antérieurement, ce qui s'explique par l'emphysème qui se produit. L'auscultation révèle comme précédemment l'existence des râles ronflant, sibilant, muqueux; mais le râle sibilant est plus fin, plus ténu, il existe partout et il est mêlé au râle sous-crépitant; enfin le murmure vésiculaire cesse souvent d'être perçu. Avec un trouble si profond dans les fonctions respiratoires, la parole est brève, saccadée; le pouls, toujours accéléré, acquiert parfois une fréquence excessive; la peau est chaude, sèche ou couverte de sueur; toute l'habitude extérieure exprime la souffrance, l'anxiété. Les malades sont constamment assis, leurs bras arc-boutés pour fournir un point d'appui à quelques uns des muscles inspirateurs; la figure est pâle, altérée, marbrée; les lèvres et les joues sont violacées. Cependant cette lutte incessante de l'organisme et l'hématose incomplète qui a lieu, finissent par épuiser les forces. Au bout de quelques jours de réaction, l'affaissement se déclare, la respiration diminue de fréquence sans devenir plus facile; les râles persistent au même degré, excepté le râle sous-crépitant qui ordinairement alors diminue ou cesse même complétement, l'expectoration est plus pénible; les mucosités s'accumulant dans l'arbre aérien, y déterminent, par le passage alternatif de l'air, un bruit de râlement ou de gargouillement. La teinte violacée de la face est plus foncée; on l'observe également aux pieds et aux mains; quelquefois même des vergetures, des plaques violacées se dessinent sur toute la surface du corps; le pouls perd de sa force; sa fréquence augmente, et il devient irrégulier. Les malades s'affaissent de plus en plus; ils tombent dans la somnolence, et succombent lentement en conservant jusqu'au dernier moment l'intégrité des facultés intellectuelles. Si, au contraire, la maladie doit avoir une heureuse issue, on voit diminuer simultanément le nombre des respirations et l'anxiété. Les râles sont moins bruyants, moins étendus, moins nombreux, ce qui indique que le poumon est devenu plus perméable; la peau perd peu à peu sa coloration violacée; enfin la convalescence se déclare. Les malades peuvent présenter encore pendant longtemps les symptômes d'une simple bronchite; mais les accidents propres à la bronchite capillaire cessent après une durée variable; celle-ci est rarement moindre de cinq jours, et ne dépasse guère dix à quinze. Lorsque la mort survient, elle

à communément lieu dans cet intervalle. La convalescence est toujours assez longue; cette maladie est très sujette à récidive.

Les symptômes que je viens d'indiquer sont précisément ceux qu'on observe dans la bronchite *pseudo-membraneuse.* Celle-ci ne se distingue de la première que par les caractères de l'expectoration qui sont extrêmement remarquables. Ainsi les malades rejettent, après des quintes de toux plus ou moins répétées, des fausses membranes aplaties, rubanées, tubulées, ramifiées, et donnant quelquefois l'image d'une racine avec son chevelu. Les malades sont généralement tous soulagés après cette expulsion; mais les signes de suffocation et d'asphyxie reparaissent quand la fausse membrane s'est reproduite. Dans deux cas observés par MM. Barth et Cazeaux, l'auscultation, indépendamment des râles sibilant et ronflant, avait fait distinguer un *petit bruit de soupape*, qui se produisait probablement quand les fausses membranes, en partie détachées, flottaient dans l'arbre aérien.

Diagnostic. — Le diagnostic de la bronchite est presque toujours facile; en effet, le caractère de la toux et de l'expectoration, la sonorité conservée de la poitrine et la nature des râles secs et humides, ne permettront de la confondre avec aucune autre maladie aiguë de poitrine. La bronchite capillaire offre des caractères non moins tranchés, et l'on verra plus tard qu'il n'est pas possible de la confondre avec la coqueluche ni avec la pneumonie. La bronchite pseudo-membraneuse, malgré l'oppression qui l'accompagne et le rejet des fausses membranes, ne pourra non plus être confondue avec le croup, en raison de l'absence de la respiration sifflante, de l'enrouement, de l'aphonie et de la voix croupale; ni avec la laryngite striduleuse, maladie presque apyrétique dont la suffocation arrive par accès, et qui n'offre point à l'auscultation les râles bruyants, ni à la percussion la sonorité d'emphysème qu'on observe dans la bronchite capillaire.

Pronostic — Le pronostic de la bronchite capillaire est très grave, puisque cette maladie emporte à peu près le sixième des adultes et les sept huitièmes des enfants qui en sont atteints. Chez ces derniers, pourtant, il ne faut pas oublier que la bronchite capillaire se complique fréquemment de pneumonie lobulaire, qui est une cause de nouveaux dangers. La bronchite pseudo-membraneuse est au moins aussi grave que la précédente. L'inflammation simple des grosses bronches est une affection bénigne dont l'issue est constamment heureuse, excepté chez quelques vieillards et les enfants, et généralement chez tous les sujets débilités.

Étiologie. — La bronchite est une maladie très commune; il est rare qu'un même individu n'en soit pas atteint plusieurs fois dans le cours de son existence. Plus fréquente pourtant aux deux extrêmes de la vie, elle paraît être aussi plus commune chez l'homme que chez la

femme (Louis et Rufz), ce qui dépend probablement des conditions hygiéniques différentes auxquelles les deux sexes sont inégalement exposés. La prédisposition à la bronchite est d'autant plus grande qu'on en a déjà été atteint un plus grand nombre de fois. Cette maladie survient, dans la grande majorité des cas, d'une manière en apparence spontanée, et sans qu'on puisse saisir l'action d'aucune cause déterminante, mais assez souvent néanmoins elle est consécutive à l'action du froid, comme un refroidissement partiel de la tête ou des pieds; ou bien à des variations brusques de température : aussi la maladie est-elle plus fréquente dans l'hiver, le printemps et l'automne. C'est dans ces saisons qu'on la voit quelquefois régner épidémiquement. Il est des bronchites toutes *symptomatiques*, et dont nous n'avons pas à nous occuper ici: ce sont celles qu'on observe dans la rougeole et dans la fièvre typhoïde. On les voit souvent devenir capillaires.

Traitement. — Le traitement doit varier suivant l'intensité de la maladie. Si la bronchite est bénigne et tout-à-fait apyrétique, il suffira que les malades observent une bonne hygiène; ils pourront user avec avantage des boissons et des pâtes pectorales. C'est dans cette forme de la maladie que quelques personnes ont préconisé divers moyens pour la faire avorter : ainsi Laënnec, d'accord en cela avec le vulgaire, conseillait aux malades l'usage des spiritueux (vin, punch, eau-de-vie) pris chauds, de manière à exciter une forte diaphorèse; d'autres ont employé des purgatifs doux, des révulsifs cutanés. Ces derniers moyens sont toujours utiles. Quant aux excitants diffusibles, il faut en restreindre l'emploi aux malades qui ne sont point pléthoriques, qui n'ont aucune phlegmasie gastro-intestinale, ni aucune tendance à contracter une pneumonie. Il est d'ailleurs généralement prudent de s'abstenir de ces moyens. Si la bronchite est plus intense, si elle s'accompagne de fièvre, il faut prescrire un repos absolu, la diète, les mêmes boissons douces que précédemment; et si le pouls est large, la chaleur élevée, l'oppression forte, on devra pratiquer une, même plusieurs émissions sanguines. Il faut ordinairement préférer l'ouverture de la veine. On aura encore recours dans ces cas aux pédiluves irritants, aux purgatifs doux; si la poitrine est douloureuse, on pourra appliquer avec avantage, au-devant du sternum, un cataplasme émollient, qu'on recouvrira d'un taffetas ou d'une flanelle, afin de prévenir son refroidissement. Les vomitifs sont d'un usage fréquent dans la bronchite; on les emploie dans deux cas, ou bien pour combattre des symptômes bilieux, ou pour favoriser l'expectoration. Lorsqu'en effet, par une cause quelconque, les mucosités sont incomplétement expulsées et s'accumulent dans les bronches, l'émétique et l'ipécacuanha en provoquent l'expulsion pendant les secousses du vomissement. Ces substances ont en outre l'avantage d'exciter la diaphorèse. La toux est un symptôme bien in-

commode, et qui exige des moyens spéciaux. On emploiera contre elle les pédiluves irritants, et surtout les préparations d'opium en pilules ou en potion; enfin, dans les cas les plus rebelles, on essaiera l'emploi d'un bain tiède un peu prolongé. Ce moyen réussit surtout chez les enfants.

Lorsque tous les accidents aigus ont cessé, lorsque les signes de congestion ayant cédé, la toux et l'expectoration persistent, on devra insister sur la médication révulsive, comme les purgatifs, les sudorifiques en boissons, ou bien extérieurement, tels que bains de vapeur, frictions sèches aromatiques sur la peau, emplâtres excitants, rubéfiants, vésicants, sur la poitrine (sparadrap, poix de Bourgogne, vésicatoires). On associera à ces moyens l'usage de quelques boissons légèrement excitantes, telles que le lichen, le lierre terrestre, l'hysope, le polygala, etc. Enfin, si la maladie a passé tout-à-fait à l'état chronique, on prescrira la série de moyens dont nous parlerons plus bas.

Dans la bronchite capillaire, on insistera sur la médication antiphlogistique et révulsive. Cependant il faut bien éviter de trop prodiguer la saignée dans la crainte d'épuiser les forces. D'ailleurs, si nous consultons notre propre observation, nous dirons que la saignée produit généralement un soulagement beaucoup moins prompt et moins marqué que ne le font les vomitifs, après l'emploi desquels les malades respireront toujours mieux. On devra donc les répéter plusieurs fois à quelques jours de distance. Cette médication est également spécialement applicable aux cas de bronchite pseudo-membraneuse. Les purgatifs sont beaucoup moins avantageux. Enfin, lorsque l'oppression continue à faire des progrès, on pourra quelquefois conjurer le danger en appliquant un large vésicatoire sur la partie antérieure du thorax. Dans la seconde période, lorsqu'à la réaction s'unit l'accablement, il convient de soutenir les forces par quelques toniques, par le polygala, les macérations de quinquina, et les boissons vineuses; en même temps on donnera les substances dont l'usage est consacré par l'expérience comme favorisant l'expectoration; tels sont en particulier l'oxymel scillitique et le kermès. Dans tous les cas il faut, surtout chez les vieillards et les enfants, surveiller le décubitus, et donner à ces malades, dans leur lit, la position la plus convenable pour favoriser l'expectoration, et les changer souvent de place pour prévenir les congestions passives.

DE LA BRONCHITE CHRONIQUE.

La bronchite est souvent chronique; celle-ci est tantôt primitive, tantôt, au contraire, elle est consécutive à l'état aigu.

Caractères anatomiques. — Les lésions diffèrent souvent peu de celles qu'on rencontre dans la forme aiguë. Dans la bronchite chronique

pourtant la teinte de la muqueuse est communément violacée, ardoisée : cette couleur est partielle; elle existe uniformément sur une certaine surface, ou bien elle est irrégulièrement disséminée. Il est rare que la membrane soit ramollie, et elle ne l'est jamais au point de se réduire en pulpe par la pression du doigt, comme on le voit si fréquemment pour la muqueuse gastro-intestinale. C'est à tort que quelques auteurs ont signalé les ulcérations comme étant un caractère anatomique assez fréquent de la bronchite chronique. Les recherches des médecins français, celles de MM. Louis et Andral surtout, ont, en effet, démontré que les ulcérations des bronches étaient excessivement rares en dehors de l'affection tuberculeuse. On voit, au contraire, quelquefois la muqueuse chroniquement enflammée subir un épaississement assez considérable pour rétrécir ou même oblitérer tout-à-fait le calibre des petites ramifications; on y a même vu des concrétions pseudo-membraneuses s'y former comme à l'état aigu. Enfin il est une autre altération qui coïncide fréquemment avec la bronchite chronique : je veux parler de la dilatation des bronches et de l'emphysème.

Symptômes. — Dans la bronchite chronique, il n'existe communément aucune douleur de poitrine; quelquefois pourtant les malades éprouvent, à l'épigastre et derrière le sternum, un sentiment de gêne, de chaleur ou de pression qui est permanent, ou qui ne se réveille passagèrement qu'après les quintes de toux. La respiration n'est pas ordinairement accélérée, du moins lorsque les malades sont au repos; cependant quelques uns ont une dyspnée habituelle, qui augmente par l'exercice, et peut quelquefois se montrer sous forme d'accès. La bronchite chronique peut produire, en effet, la série d'accidents qui caractérisent les accès d'asthme; c'est ce qu'on observe spécialement dans les cas où la membrane muqueuse des bronches est épaissie dans une grande étendue. On a encore supposé que ces mêmes accidents pouvaient résulter d'une congestion subite de la muqueuse ou de l'obstruction des rameaux bronchiques par des mucosités. Quoi qu'il en soit, dans ces cas, la dyspnée survenant presque subitement, arrive rapidement à son plus haut degré d'intensité, elle disparaît ordinairement après une expulsion abondante de crachats, et ne laisse après elle d'autres troubles dans les fonctions respiratoires que ceux qui résultent de la bronchite elle-même. La toux et l'expectoration sont les deux symptômes prédominants dans la bronchite chronique. La toux est rare ou fréquente; dans ce dernier cas, elle a lieu par quintes. L'expectoration est facile ou difficile, rare ou abondante; les matières rejetées sont très variables; elles peuvent être grisâtres, jaunâtres, verdâtres, opaques, ou d'un blanc mat ou tout-à-fait purulentes; elles adhèrent au fond du vase (catarrhe muqueux); ailleurs c'est un liquide incolore, transparent, filant, spumeux à la surface, et qui, lorsqu'on a enlevé cette

écume, ressemble à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau (*catarrhe pituiteux*). Mais cette espèce d'expectoration caractérise bien moins la bronchite chronique qu'un flux particulier des bronches, dont nous parlerons plus tard en détail (voir *Bronchorrhée*). La quantité des crachats varie beaucoup; le plus souvent elle est de 40 à 60 grammes; elle s'élève quelquefois à plus de 1 kilogramme, et, dans ce cas, il est fréquent de voir les malades rejeter les crachats en grande quantité à la fois, comme si une vomique s'était ouverte dans les bronches; enfin, d'autres fois, au contraire, il n'y a point d'expectoration, ou du moins les malades ne rejettent, dans les vingt-quatre heures, que quelques crachats globuleux nacrés, d'un gris de perle, et de consistance d'empois (*c'est le catarrhe sec de Laënnec*). D'ailleurs l'expectoration offre de nombreuses différences chez le même individu; c'est ainsi qu'elle devient plus abondante dans les temps humides, ou après un refroidissement, après l'usage de certains aliments, et généralement après toutes les causes capables d'augmenter la congestion de la membrane muqueuse des bronches.

Dans la bronchite chronique, la sonorité du thorax est normale, et à l'auscultation on constate l'existence des râles ronflant, sibilant, muqueux et sous-crépitant de l'état aigu. Les deux premiers existent souvent dans toute l'étendue des poumons, tandis que les deux autres, le dernier surtout, ne se retrouvent guère qu'en arrière à la base des deux poumons. En général, la bronchite chronique simple ne s'accompagne pa de fièvre, ni d'aucun trouble grave du côté des fonctions digestives et assimilatrices. Cependant, si la sécrétion bronchique est considérable, et si la muqueuse est engorgée dans une grande étendue, il peut y avoir un peu d'amaigrissement, qui dépend souvent aussi du trouble des fonctions digestives.

Marche, durée, terminaisons. — La bronchite chronique persiste, en général, d'une manière continue ou avec des exacerbations pendant plusieurs mois. Si elle naît au commencement de l'hiver, il est rare qu'elle cesse complétement avant les chaleurs de l'été, et reparaît souvent après les premiers froids; sa durée par conséquent n'a rien de fixe. Cette maladie peut se terminer par résolution, et celle-ci est quelquefois hâtée par le passage de la phlegmasie à l'état aigu. Cependant, chez les vieillards, cette recrudescence annonce souvent le début d'une pneumonie; enfin il paraît que quelquefois la mort a été produite par l'épuisement qu'entraîne toute sécrétion exagérée. Toutefois il est très rare qu'il n'y ait pas alors quelque autre grave altération qui à elle seule explique la mort, ou qui du moins a dû en rapprocher le terme : tels sont surtout les tubercules pulmonaires et les maladies du cœur. Enfin il arrive fréquemment que tous les signes anatomiques de l'inflammation cessent; la muqueuse reprend sa couleur, sa consistance et son épaisseur

normales; mais nonobstant, l'expectoration continue à être aussi abondante que par le passé; la maladie a alors évidemment changé de nature. On ne doit plus voir ici qu'une simple modification, qu'une perversion de la sécrétion qui a eu pour point de départ l'inflammation, mais qui continue ensuite, quoique celle-ci ait disparu. Il est à supposer que la membrane a subi alors une modification toute vitale, et par conséquent insaisissable.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel de la bronchite chronique sera étudié avec soin aux articles *Bronchorrhée* et *Phthisie pulmonaire.*

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que chez les vieillards et les sujets affaiblis. Dans tous les cas, la bronchite chronique constitue une affection incommode, souvent dégoûtante, très rebelle à la thérapeutique, sujette aux récidives et pouvant produire, ou tout au moins favoriser le développement de diverses lésions organiques, comme les anévrysmes du cœur et les dilatations des bronches, peut-être aussi celle des vésicules pulmonaires. Quant aux tubercules qu'on a regardés comme une suite fréquente de la bronchite, nous prouverons plus tard qu'ils en sont complétement indépendants.

Etiologie. — La bronchite chronique se montre à tous les âges, mais elle affecte surtout les vieillards; elle est rare dans l'enfance. Les sujets d'une constitution molle, lymphatique; ceux qui habitent les lieux humides ou qui sont exposés aux variations atmosphériques y sont davantage prédisposés. Chez les enfants, la maladie est souvent consécutive à la coqueluche.

Traitement. — Comme dans toutes les autres affections, le traitement de la bronchite chronique doit varier suivant l'état général et local. Il est fort rare que la médication antiphlogistique soit indiquée; il serait utile pourtant d'y recourir si le sujet était fort et si la dyspnée était permanente. Les révulsifs sont, au contraire, toujours avantageux. On prescrira d'abord l'usage de la flanelle sur la poitrine et même sur tout le corps; on fera des frictions sèches, aromatiques, sur le thorax; on y appliquera des emplâtres rubéfiants et même vésicants (poix de Bourgogne, vésicatoires); on excitera une forte diaphorèse à l'aide des bains de vapeur; enfin, si l'état des organes digestifs le permet, on administrera quelques laxatifs, et si le sujet est faible on donnera la préférence aux préparations qui, comme la rhubarbe, jouissent en même temps de propriétés toniques. Laënnec a également préconisé l'emploi des vomitifs, répétés autant que le permettent les forces du sujet et la manière dont il les supporte.

Les praticiens sont d'accord pour recommander dans la bronchite chronique l'emploi des substances amères et aromatiques en tisanes, potions, tablettes, etc. : tels sont le lichen, le lierre terrestre, l'hy-

sope, le polygala, le quinquina, l'eau de goudron, la térébenthine, les baumes du Pérou, de la Mecque, de tolu, le copahu; les eaux sulfureuses d'Enghien, d'Aix, de Bonnes, de Cauterets, de Barèges, de Luchon, les eaux du Mont-Dore; les fumigations résineuses, celles d'iode et de chlore. Enfin les Anglais préconisent le colchique d'automne, qui agit à la fois comme diurétique et comme drastique.

Il est des accidents qui réclament certains moyens spéciaux : ainsi, quand les quintes de toux sont trop fréquentes, on les calmera souvent par l'emploi des narcotiques, et surtout de l'opium en pilules. Si les crachats sont difficilement expectorés, et si, s'accumulant dans les bronches, ils menacent de produire des accidents, on conseillera les vomitifs, et surtout l'ipécacuanha, qu'on pourra donner de manière à provoquer des vomissements, ou bien à doses fractionnées, pour entretenir des nausées continuelles. Dans les cas dont je parle, on emploie encore avec avantage le kermès et l'oxymel scillitique. Lorsque la difficulté de l'expectoration tient à la viscosité excessive des crachats, qui sont en même temps en petite quantité (*crachats perlés*), tels enfin qu'on les observe dans la variété de bronchite que Laënnec a désignée sous le nom de *catarrhe sec*, on pourra, à l'exemple de cet illustre médecin, essayer l'usage des alcalis légers, tels que le savon amygdalin en pilules, les bains alcalins, l'eau de Vichy, etc. Les moyens précédemment indiqués, en modifiant l'état de la muqueuse, diminueront la sécrétion catarrhale. Si néanmoins celle-ci persistait toujours très abondante, on pourrait essayer un moyen qui a plusieurs fois réussi à M. Piorry, et qui consiste dans une privation des boissons la plus complète possible.

DE LA GRIPPE.

Synonymie.— Catarrhe épidémique, cocote, influenza, etc. Grippe vient, dit-on, du polonais *chrypka*, qui signifie enrouement.

La grippe est une maladie caractérisée par le coryza et les symptômes ordinaires de la bronchite peu intense, avec fièvre, céphalalgie, brisement, courbature, et un affaiblissement remarquable qui n'est en rapport ni avec les souffrances ni avec les lésions locales qu'on observe.

Historique. — Un médecin aussi distingué par le talent que par le caractère, M. Raige-Delorme, a, dans le tome X du *Dictionnaire de médecine*, inséré un article extrêmement remarquable sur la grippe, où il a montré qu'il n'existe aucun document prouvant l'existence de la maladie avant le XVe siècle; les premières descriptions ne datent même guère que de 1580. Depuis cette époque, la grippe s'est montrée de temps en temps sur diverses parties du globe, et toutes les épidémies qu'on a décrites ont été remarquables par le grand nombre d'individus qu'elles ont frappé et par l'étendue du pays qu'elles ont parcouru.

La grippe ne s'était pas montrée en France depuis 1803, lorsqu'elle apparut en 1830, revint en 1833, et sévit de nouveau en 1837.

Anatomie pathologique. — La grippe ne tuant les malades que par ses complications, on n'a presque aucune notion sur les lésions propres à la maladie; on sait seulement qu'à l'autopsie on trouve communément les muqueuses des fosses nasales, du pharynx, du larynx, rouges, injectées, boursouflées; que la même altération se prolonge souvent bien avant dans les bronches, où M. Nonat et d'autres ont trouvé plusieurs fois des pseudo-membranes; mais toujours alors il existait une pneumonie simple ou double, qui est la lésion concomitante de la grippe la plus fréquente, et celle qui fait périr le plus grand nombre de malades.

Symptômes. — Dès le début, les malades se plaignent de malaise; ils sont accablés, courbaturés, éprouvent des douleurs contusives dans les membres, dans la poitrine, à l'épigastre, une céphalalgie violente, quelquefois atroce, tantôt générale, le plus souvent limitée au front, avec vertiges et bourdonnements d'oreilles. Il y a souvent des épistaxis; la figure exprime la souffrance; les forces, toujours prostrées, le sont quelquefois à un degré extrême, de sorte qu'on croirait les malades atteints de quelque affection grave commençante. Beaucoup ont des lipothymies; la fièvre, variable, tantôt violente, tantôt légère, pouvant même manquer, a généralement une intensité médiocre; elle a souvent un redoublement le soir : aussi les nuits sont agitées, pénibles. Le sang tiré des veines n'a pas toujours le même aspect. Ainsi le caillot est parfois assez dense et couenneux; d'autres fois il est mou et presque diffluent : c'est ce que l'on a noté surtout dans la grippe de 1837. En même temps il existe constamment des signes de phlegmasies du côté de quelques membranes muqueuses : ainsi il y a de l'enchifrènement; l'odorat est perdu; un fluide séreux s'écoule en abondance des narines (coryza); les yeux sont rouges, larmoyants, un peu tuméfiés, et supportent difficilement l'impression de la lumière. Beaucoup de malades accusent un léger mal de gorge; presque tous ont la voix rauque, éprouvent un chatouillement à la partie supérieure du larynx, un sentiment d'ardeur et de chaleur derrière le sternum; la toux est plus ou moins fréquente, quinteuse, toujours très pénible, très douloureuse, d'abord sèche, mais provoquant plus tard l'expulsion de crachats muqueux plus ou moins abondants. La poitrine est sonore à la percussion, et le plus ordinairement on constate la présence de quelques râles sibilant, ronflant, sous-crépitant ou muqueux. Il existe aussi de la dyspnée et un sentiment d'oppression qui ne sont nullement en rapport avec les résultats fournis par l'exploration physique. Les symptômes du côté des organes digestifs sont très variables; il n'y a souvent d'autre trouble que de l'inappétence. Dans beaucoup d'épidémies, il existait presque toujours des nausées, des vomissements ou de la diarrhée.

La plupart des symptômes précédents peuvent exister ensemble à un degré médiocre; ailleurs, au contraire, quelques uns d'eux manquent ou sont à peine marqués, tandis que plusieurs prédominent et donnent à la maladie une physionomie spéciale : c'est ainsi que, suivant le caractère de l'épidémie ou les prédispositions individuelles, on voit prédominer dans un cas les symptômes nerveux, dans d'autres ce sont les troubles abdominaux; ailleurs ce sont les accidents thoraciques : de là la division de la grippe en *encéphalique*, *abdominale*, *pectorale*, qui a été proposée par quelques médecins modernes.

Marche, durée, terminaisons. — Le plus souvent la grippe suit une marche continue et rapide. Dans son état de simplicité, elle dure de quatre à dix jours, et se juge souvent par des phénomènes critiques, surtout par des sueurs abondantes. La plupart des malades restent pendant quelque temps encore faibles; la longueur de la convalescence n'est pas en rapport avec celle de la maladie. Quand la grippe est exempte de toute complication, il est presque sans exemple qu'elle fasse périr les malades; elle n'est grave que chez les phthisiques, dont elle accélère le terme fatal, ou lorsqu'une maladie intercurrente survient. Les pneumonies sont la complication la plus fréquente qu'on observe dans ces cas. Ainsi que je l'ai démontré le premier dans l'épidémie de 1837, ces phlegmasies ont souvent une physionomie spéciale, et sont toujours plus graves que lorsqu'elles sont primitives.

Diagnostic. — La grippe, par l'accablement, la prostration, les douleurs qui l'accompagnent, sera aisément distinguée d'un coryza, d'une bronchite ordinaire ou d'un accès de migraine. Les symptômes nerveux si prononcés dès le début, joints souvent à des épistaxis et à de la diarrhée, à de l'insomnie, aux râles sibilants dans la poitrine, faisaient que, dans l'épidémie de 1837, on ne savait trop si les malades avaient une grippe ou une fièvre typhoïde commençante. Cependant l'invasion brusque du mal, qui en quelques heures ou en un ou deux jours était arrivé au plus haut degré d'intensité (chose insolite dans l'affection typhoïde), portait plutôt à penser que les malades étaient sous l'influence de l'épidémie régnante. Il est souvent bien plus difficile de distinguer la grippe du deuxième stade de la rougeole, en raison des symptômes de catarrhe qui leur sont communs, et de l'état général, qui est souvent le même dans les deux cas; mais la marche de l'affection ne tarde pas à fixer le médecin sur sa nature.

Pronostic. — D'après ce que nous avons dit précédemment, la grippe n'est grave que chez les sujets affaiblis, atteints déjà de quelque maladie sérieuse, ou bien quand elle se complique d'une phlegmasie pulmonaire.

Étiologie. — La grippe est une maladie essentiellement épidémique, et dont l'apparition dans un pays ne peut être expliquée par aucune

condition spéciale, attendu qu'on la voit sévir dans tous les climats et sous toutes les températures. On ne sait rien non plus de précis sur les conditions qui, pour chaque individu, peuvent constituer une prédisposition à contracter la maladie.

Traitement. — Quand la grippe est simple, bénigne, il faut se borner à conseiller le repos, la diète, l'usage de boissons douces et chaudes pour provoquer les sueurs, et quelques pédiluves irritants pour dégager la tête. Si le pouls est large, dur, il ne faut pas hésiter à tirer un peu de sang; mais il a été généralement reconnu qu'on devait être sobre d'émissions sanguines. Les évacuants intestinaux ne seront administrés qu'autant que leur emploi est bien indiqué. L'opium est ordinairement avantageux pour calmer les douleurs et procurer quelque repos. Si les membres, et les jointures surtout, sont le siége de douleurs vives, comme dans l'épidémie de 1837, on apportera quelque soulagement par les cataplasmes laudanisés, ou les onctions avec du baume tranquille et le laudanum; d'autres fois on les enlève par des liniments ammoniacaux; enfin, si elles résistent, il faut leur opposer un vésicatoire volant. Pour les complications, voir plus bas *Pneumonie.*

Nature. — Quoique la grippe soit placée à côté de la bronchite, on ne doit pas croire pourtant qu'elle soit uniquement constituée par une phlegmasie de la muqueuse aérienne; car les troubles nerveux qui l'accompagnent et la disproportion qui existe entre les symptômes thoraciques et les autres phénomènes morbides indiquent également l'action d'une cause générale, encore inconnue dans son essence et son siége.

DE LA PNEUMONIE.

Synonymie. — Péripneumonie, pneumonite, fluxion de poitrine, fièvre pneumonique; *peripneumonia vera*, etc.

Le mot de *pneumonie* sert à désigner l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

Cette affection est l'une des plus importantes du cadre nosologique en raison de sa fréquence extrême, de sa gravité et des difficultés que sa thérapeutique présente. Il nous serait impossible de pouvoir embrasser dans cet article toutes les questions qui se rattachent à ce vaste sujet, et dont la solution néanmoins importe plus encore à la pratique qu'à la science elle-même: aussi renvoyons-nous le lecteur à l'ouvrage que nous avons publié il y a peu d'années, et dans lequel la pneumonie a été étudiée aux différents âges de la vie, et dans ses rapports avec les autres maladies aiguës et chroniques d'après l'analyse d'un nombre considérable d'observations, et en mettant à profit les travaux de mes devanciers et surtout de mes contemporains, parmi lesquels je dois mentionner surtout le grand Laënnec, MM. Andral, Chomel, Louis, Stokes

pour la pneumonie des adultes ; MM. Hourmann, Dechambre, pour celle des vieillards ; MM. Gerhard, Rufz, Valleix, Rilliet, Barthez, pour celle des enfants depuis la naissance jusqu'à la puberté.

Anatomie pathologique. — Depuis Laënnec, les anatomo-pathologistes ont admis trois degrés dans l'inflammation pulmonaire ; on les désigne sous les noms d'*engouement*, d'*hépatisation rouge*, et d'*hépatisation grise.*

Dans le *premier degré* ou l'*engouement*, le poumon offre extérieurement dans les points affectés une coloration violacée, livide ou lie de vin ; il crépite moins, il a perdu son élasticité, il est plus pesant ; mis dans l'eau, il surnage incomplétement. Lorsqu'on le divise avec le scalpel, il s'échappe de la surface des incisions un liquide séreux, rougeâtre, trouble, spumeux ; le tissu est d'un rouge violacé ; il est friable, et le doigt le pénètre facilement. Cette friabilité a longtemps été regardée comme pouvant faire distinguer l'engouement inflammatoire de celui qui n'est que cadavérique ; mais nous avons prouvé précédemment qu'il était souvent impossible, d'après la simple inspection anatomique, de distinguer ces deux états l'un de l'autre. Dans presque tous ces cas, d'ailleurs, l'engouement coïncide avec une ou plusieurs des altérations qui caractérisent les deuxième et troisième degrés.

Daus la pneumonie qui est parvenue au *deuxième degré*, le poumon est manifestement augmenté de volume, ce qui fait que l'impression des côtes peut être marquée sur les surfaces malades. En même temps le tissu de l'organe est dur, il ne crépite plus, il est absolument imperméable, ce qui fait que, lorsqu'on le plonge dans l'eau, loin de surnager il gagne le fond du vase. Cette portion du poumon, d'un rouge foncé extérieurement, offre à l'intérieur, quand on l'incise, la même coloration, tantôt uniforme, le plus souvent inégale et nuancée différemment, de manière à imiter l'aspect de certains marbres ou granits. Le liquide qui s'écoule est rougeâtre, non aéré, moins abondant que dans le premier degré ; enfin, le caractère anatomique le plus important est fourni par l'examen des surfaces incisées qui sont hérissées de granulations rouges, dures, obrondes, un peu aplaties, et qui ne sont autre chose que les vésicules pulmonaires transformées en corps solides par l'épaississement des parois et l'oblitération de leur cavité. Cette disposition granulée est surtout manifeste lorsqu'on déchire le poumon au lieu de le diviser par l'instrument tranchant ; on la retrouve constamment chez l'adulte, tandis qu'elle paraît manquer quelquefois dans la pneumonie des nouveaux-nés (Valleix) et dans celle des vieillards (Hourmann et Dechambre). Il est évident que, dans l'altération que nous décrivons, les vésicules pulmonaires, comme le tissu celluleux inter-vésiculaire, sont également affectés. La couleur qu'acquiert le poumon dans le deuxième degré de la pneumonie, sa dureté,

sa pesanteur spécifique augmentée, et l'aspect granulé de la surface, lui donnent une grande ressemblance avec le tissu du foie : aussi désigne-t-on communément cette altération sous le nom d'*hépatisation rouge* ou d'*endurcissement rouge*. M. Andral a proposé le mot de *ramollissement rouge*, parce qu'en effet le tissu du poumon, quoique plus dur, est devenu néanmoins plus friable. Le deuxième degré de la pneumonie est encore caractérisé par deux autres lésions qui sont la *carnification* et la *splénisation*. Dans la première, le tissu pulmonaire est rouge, humide, dur, non granulé, presque homogène ; cette altération est fort rare. On dit que le poumon est *splénisé* lorsque son tissu, d'un rouge vineux, flasque, peu ou point granulé, plus ou moins complétement imperméable, offre une certaine ressemblance avec le parenchyme de la rate. Cette altération survient surtout chez les sujets débilités, chez ceux, par exemple, qui sont pris de pneumonie dans le cours d'une maladie grave, comme la fièvre typhoïde.

Dans le *troisième degré* de la pneumonie, le poumon conserve le volume, la dureté, l'imperméabilité et l'état granulé que nous avons notés dans les cas d'hépatisation, mais bientôt la couleur rouge est remplacée peu à peu par une couleur grise, jaune paille qui commence par des points disséminés et finit par être générale. Alors le tissu pulmonaire est devenu aussi plus friable que précédemment ; il suffit, en effet, souvent de la plus légère pression pour le réduire en pulpe grisâtre, et si on le divise, on voit s'écouler une matière opaque ayant beaucoup de ressemblance avec le pus. C'est en raison de ces différents caractères qu'on désigne indifféremment le troisième degré de la pneumonie par les noms d'*hépatisation* ou d'*induration grise*, de *ramollissement gris* et d'*infiltration purulente*. Cependant le pus, d'abord infiltré, peut se réunir en un ou plusieurs foyers, c'est-à-dire former des abcès. Ces collections, simples ou multiples, siègent presque toujours (neuf fois sur douze) sous la plèvre qui est tantôt amincie et ramollie, tantôt, au contraire, épaissie et plus résistante. Le foyer, plus fréquent dans le lobe supérieur, peut n'avoir qu'une étendue de 5 à 7 millimètres ou bien présenter jusqu'à 16 ou 18 centimètres en hauteur sur 6 de large. La cavité de l'abcès est ordinairement anfractueuse ; les parois sont inégales, formées par un tissu induré, infiltré de pus, quelquefois gangrenées ; enfin, fréquemment elles sont lisses et sont tapissées par une fausse membrane plus ou moins dense et élastique qui se forme avec une rapidité surprenante. La cavité communique rarement avec les bronches ; le pus contenu est tantôt phlegmoneux, tantôt rougeâtre, inodore, mais il est fétide, si le foyer contient des débris de tissu pulmonaire mortifiés. Enfin, si l'abcès, au lieu de succéder à une pneumonie franche, survient consécutivement à la rupture dans le poumon d'un foyer formé dans un autre organe, comme le foie, la rate ou le rein gauche, etc. (*abcès* que

j'ai nommés *perforants*), on trouve généralement une caverne plus large, communiquant toujours avec l'abcès primitif et presque toujours avec une ou plusieurs bronches. Le pus contenu est rarement phlegmoneux, et il est presque toujours mêlé à différents débris organiques. Il est aujourd'hui presque inutile de prémunir les observateurs contre une erreur que nos devanciers ont souvent commise en prenant pour des abcès pulmonaires des tubercules ramollis, et plus souvent encore des dilatations des bronches et des pleurésies interlobulaires. (Voir *Pleurésie*.) Enfin, il faut savoir qu'il est des abcès tout-à-fait consécutifs à la mort, et que l'on forme par la pression trop forte qu'on exerce sur des parties très ramollies du poumon lorsqu'on extrait cet organe de la poitrine.

Les points du poumon qu'on trouve affectés à l'ouverture du corps ayant été envahis successivement, ou bien l'inflammation ayant suivi dans chacun d'eux une marche inégale, il s'ensuit que presque toujours on voit réunis les deux, et parfois même les trois degrés de la pneumonie. Les lésions du poumon sont plus ou moins étendues; elles peuvent occuper tout l'organe, ce qui est fort rare, ou bien n'envahir qu'un seul lobe; quelquefois enfin, surtout chez les enfants, la phlegmasie n'occupe qu'un ou plusieurs lobules; on lui donne alors les noms de pneumonie *lobulaire*, *mamelonnée* ou *disséminée*. Cette altération est caractérisée par des noyaux d'hépatisation rouge ou grise, disséminés en nombres variables (de 2 à 30), dans un des poumons ou les deux ensemble. Ils ont, pour la plupart, le volume d'une aveline ou d'une noix; presque tous, situés superficiellement, se dessinent sous la plèvre, sous forme de taches rouges et violacées. Les altérations précédentes ne se rencontrent pas avec une fréquence égale dans l'un et l'autre poumon et dans les différentes parties de ces organes. Ainsi, il est reconnu qu'à tous les âges le poumon droit est beaucoup plus souvent atteint de pneumonie que le gauche (:: 11 : 6); ce qui peut s'expliquer, suivant nous, par la différence de volume et de capacité. Les deux organes sont souvent atteints à la fois. C'est ce qu'on voit chez les vieillards et plus particulièrement chez les enfants au-dessous de six ans; en effet, presque toutes les pneumonies observées à cet âge sont doubles. Nous avons prouvé que le nombre de celles-ci va ensuite en diminuant dans la période moyenne de la vie, où on ne les observe plus que dans la proportion d'un seizième. L'inégalité de volume qui existe dans les deux lobes explique aussi, suivant nous, pourquoi la pneumonie du lobe inférieur est plus commune que celle du lobe supérieur, dans le rapport de 4 : 3 environ, proportion qui varie d'ailleurs beaucoup suivant les constitutions médicales ou épidémiques.

Après avoir exposé les lésions caractéristiques de la pneumonie, il nous reste à faire connaître les altérations concomitantes qu'on rencontre du

côté des principaux organes. Dans la poitrine, on trouve que chez l'adulte la plèvre est presque toujours plus ou moins enflammée (33 fois sur 35); mais, aux deux extrémités de la vie, la pleurésie est moins constante. Ainsi chez les vieillards elle n'existe que dans le tiers des cas; chez les enfants, elle est beaucoup moins commune encore, elle est surtout assez rare chez les nouveaux-nés, puisque chez eux on la rencontre à peine dans un sixième des cas. Les bronches sont rarement altérées; elles contiennent des mucosités qu'on observe surtout en grande quantité chez les enfants et les vieillards. Enfin, dans presque tous les cas, on trouve un ou plusieurs des ganglions bronchiques qui sont gonflés, rouges et ramollis, et même suppurés. Ayant examiné comparativement l'état du cœur sur un grand nombre de cadavres, j'ai vu que c'était surtout chez les pneumoniques qu'on rencontrait, le plus souvent, dans le cœur, des caillots denses, et qui, dans un cinquième des cas, étaient décolorés, fibrineux, de manière à justifier l'opinion de Burserius, qui regardait la pneumonie comme une cause très active des concrétions polypeuses du cœur. Il est certain que ces dernières se forment souvent pendant la vie et suivant le même mécanisme que la couenne pleurétique. La pneumonie ne s'accompagne d'aucune autre lésion viscérale, si ce n'est du côté de la muqueuse gastro-intestinale qui est plus ou moins ramollie chez un quart des sujets. Cette altération, qui est d'ailleurs indépendante de l'inflammation, est consécutive à l'état fébrile.

Pneumonie chronique. — On a rapporté à la pneumonie chronique différentes formes d'induration pulmonaire. Suivant nous, dans la pneumonie chronique, il y a constamment endurcissement et imperméabilité du tissu pulmonaire; la couleur de celui-ci est d'un gris cendré, rougeâtre, ardoisé ou noire; sa dureté est telle qu'il résiste souvent à une pression très forte; à la coupe il paraît moins humide; il est d'un gris violet ou livide. La surface des incisions ou des déchirures peut être granulée; mais cette disposition est d'autant moins évidente que l'altération est plus ancienne; elle finit enfin par disparaître. Dans ce cas, on trouve quelquefois le tissu cellulaire interlobulaire hypertrophié et formant des cloisons épaisses et presque fibreuses.

Symptômes. — Le plus souvent la pneumonie paraît avoir un début brusque. Cependant je me suis convaincu que de seize à soixante-dix ans, on observait, chez le quart des malades, des symptômes précureurs, tels que malaise, torpeur, perte de l'appétit et des forces, sensibilité au froid, frissons, etc.; accidents qui ont une durée moyenne de quatre à cinq jours. J'ai trouvé, en outre, que chez le quart environ des malades, la pneumonie survient dans le cours d'une bronchite aiguë presque toujours bénigne, affection qui semble rendre les individus qu'elle atteint plus impressionnables aux causes ordinaires des pneumonies. L'invasion

de cette dernière affection est marquée, dans les quatre cinquièmes des cas, par un frisson plus ou moins violent, par une douleur vive dans un des côtés de la poitrine, par la toux et l'oppression. Ces symptômes locaux et le frisson manquent un peu plus souvent chez les vieillards que chez l'adulte. Chez les enfants à la mamelle, on ne peut les constater, mais il existe de la fièvre, de l'agitation et surtout une grande accélération des mouvements respiratoires. Cependant, à mesure qu'on s'éloigne de la naissance, on voit que la pneumonie de l'enfance ressemble de plus en plus, par son mode d'invasion, à celle des adultes.

La pneumonie une fois déclarée, on constate des symptômes généraux et locaux. Parmi les premiers, se distingue la douleur de côté, qui survient le plus souvent dans les douze premières heures (161 sur 182), et presque jamais après le quatrième jour. Elle est ordinairement vive, poignante, et siège dans les quatre septièmes des cas, au niveau ou au voisinage du mamelon; elle correspond parfois (5e des cas) à la portion du poumon phlogosée; elle est limitée ou s'irradie au loin, s'exaspère toujours par la toux, par les mouvements respiratoires, et fréquemment par la pression. Cette douleur est moins l'effet de la pneumonie que de la pleurésie concomitante; c'est ce qui explique pourquoi elle manque plus souvent dans la pneumonie des enfants et des vieillards. Dans tous les cas il existe de la dyspnée et une accélération des mouvements respiratoires. Ces symptômes ne sont point en rapport, comme on l'a dit, avec la violence de la douleur, ni plus marqués dans la pneumonie du sommet, mais ils sont, en général, proportionnés à l'étendue et à la violence de la phlegmasie pulmonaire; ils sont également plus intenses chez les très jeunes sujets, chez ceux dont le thorax est difforme, chez les femmes, à une époque avancée de la grossesse, etc. La toux est un symptôme probablement constant, et qui survient presque toujours dans les douze premières heures de la maladie (80 sur 90); sa fréquence est en rapport le plus souvent avec l'étendue, mais nullement avec le siége de la pneumonie. Elle est rarement quinteuse comme dans la bronchite; elle provoque l'expulsion de crachats particuliers, mais variables, et qui jusqu'à Laënnec ont été le seul signe diagnostique certain de la pneumonie. Ces crachats sont pour la plupart visqueux, adhérant intimement au fond du vase, transparents, mêlés à de petites bulles d'air, homogènes, et offrent une coloration rouge, comme la *brique pilée*, ou comme la *rouille*, ou bien jaunes comme le *safran*, l'*écorce de citron*, *d'orange*, le *sucre d'orge* ou la *marmelade d'abricots ;* plus rarement ils sont verdâtres, depuis le *vert tendre* jusqu'au *vert porracé ;* plus rarement encore la matière expectorée est liquide, séreuse, d'un rouge obscur, recouverte d'une spume blanchâtre, semblable au *jus de réglisse ou de pruneaux*. Enfin il est des crachats également séreux, mais d'une couleur jaunâtre, coulants, souvent aérés, ayant une certaine visco-

sité, et ressemblant à une solution concentrée de gomme arabique. Les colorations que l'on vient d'indiquer sont produites par le sang, et leur diversité résulte de la proportion différente de ce liquide et de sa combinaison plus ou moins intime avec le mucus. J'ai montré que, chez le plus grand nombre des malades, les crachats caractéristiques se montrent dans les deux premiers jours de la maladie. Cependant, dans un neuvième à peu près des cas, l'expectoration présente quelques anomalies ; c'est ainsi que pendant toute la durée de l'affection les crachats peuvent rester blancs comme dans un simple catarrhe, d'autres fois l'expectoration manque complétement, c'est ce qu'on voit surtout dans la pneumonie du sommet. Toutes choses égales d'ailleurs, les crachats sont moins colorés, moins visqueux, moins homogènes chez les vieillards. Il est presque inutile de dire que chez les très jeunes enfants l'expectoration manque ; cependant MM. Valleix, Vernois, à Paris, et Kiwisch, à Prague, ont vu souvent, chez les nouveau-nés atteints d'hépatisation pulmonaire, une écume blanche, légèrement sanguinolente, épaisse et visqueuse, sortir de la bouche.

Dans la presque totalité des cas l'inspection ne fait découvrir chez les pneumoniques aucun changement dans la conformation thoracique ; cependant je crois avoir démontré (p. 226 de mon livre) que quelquefois l'hépatisation pouvait par elle seule, et indépendamment d'aucun épanchement pleurétique, produire une dilatation dans le point correspondant à l'altération. Mais parmi les signes que donne l'exploration du thorax, ceux fournis par la percussion et par l'auscultation sont les seuls importants. Dès le premier degré de la pneumonie, et du moment que le poumon est moins perméable, le son du thorax à ce niveau est plus obscur et l'élasticité moins parfaite. L'obscurité augmente peu à peu ; enfin le son devient complétement mat, et l'élasticité est nulle lorsque la phlegmasie est arrivée au deuxième et au troisième degré. La percussion fournit les mêmes résultats chez les adultes, les vieillards et les enfants ; cependant, chez ces derniers, la poitrine est tellement sonore à l'état normal, que souvent, au niveau d'une hépatisation complète et assez étendue, on trouve encore une certaine résonnance : aussi, à cet âge, il ne faut pas s'attendre à trouver une matité et un defaut d'élasticité *absolus*, mais seulement *relatifs*. On trouvera cette différence en percutant comparativement le point correspondant du côté opposé. Mais pour que la percussion fournisse des signes positifs, il faut que l'altération pulmonaire soit superficielle et ait une certaine étendue en surface : aussi ne donne-t-elle que des résultats négatifs dans les pneumonies centrales et dans la forme lobulaire. Par la percussion, on peut circonscrire l'altération et en suivre les progrès ultérieurs ; mais on y parvient surtout par les résultats que l'auscultation fournit, et qui diffèrent suivant le degré de la pneumonie.

Les médecins ont admis, depuis Laënnec, que le râle crépitant était le premier phénomène stéthoscopique qu'on percevait dans la pneumonie ; cependant quelques faits dans lesquels j'ai pu ausculter les malades dans les premières heures du début me portent à penser que, dans la majorité des cas, sinon dans tous, la crépitation est précédée elle-même d'un affaiblissement du murmure respiratoire, et quelquefois aussi, d'après Stokes, d'une respiration puérile. Cependant, après six, douze ou vingt-quatre heures, ces modifications du bruit vésiculaire sont remplacées par le *râle crépitant*. Celui-ci est formé de bulles très petites, égales, sèches, plus ou moins nombreuses, n'existant que pendant l'inspiration, et produisant un bruit analogue à celui que donne le sel marin qu'on projette sur des charbons ardents, ou bien encore à celui que fait naître une mèche de cheveux qu'on froisse dans la conque de l'oreille. Ce râle se passe très probablement dans les vésicules. Cependant la crépitation pneumonique peut se présenter avec d'autres caractères. Ainsi quelquefois les bulles sont moins nombreuses, elles sont inégales entre elles, et surtout plus grosses et plus humides. Elles se rapprochent beaucoup alors du râle sous-crépitant que nous avons précédemment noté dans certaines bronchites, et surtout dans les bronchites capillaires. Cette forme de la crépitation n'est pas rare chez les vieillards, et on l'observe communément dans la pneumonie des enfants. Quel que soit d'ailleurs le caractère des bulles, on peut les entendre pendant toute la durée, ou seulement pendant une partie (la dernière moitié surtout) de l'inspiration. Souvent la crépitation manque aux inspirations ordinaires, tandis qu'elle n'est perçue que dans les inspirations fortes, ou mieux encore pendant les secousses de la toux. Le râle crépitant ne manque presque jamais dans la pneumonie, et en caractérise le premier degré.

Cependant, lorsque l'inflammation est passée de l'engouement à l'hépatisation, l'auscultation révèle l'existence de cette nouvelle altération, en faisant entendre au niveau des parties malades, au lieu du murmure respiratoire, un bruit rude, sourd, métallique, semblable à celui qu'on produirait en soufflant dans un tube de bois ou d'airain ; ce phénomène a reçu le nom de *souffle tubaire* ou de *respiration bronchique* (1). Ce souffle, comme je l'ai prouvé après Jackson, commence presque toujours à être perçu pendant l'expiration, et ce n'est que lorsque l'hépatisation est plus complète que le phénomène existe, devient prédominant, et souvent même ne se remarque que pendant l'inspiration. A mesure aussi que l'imperméabilité du poumon arrive à être plus parfaite, la crépitation est plus rare ; puis elle cesse tout-à-fait en même temps que le souffle tubaire

(1) Le souffle tubaire bronchique se passe dans les principales divisions bronchiques ; il y est produit par le retentissement de l'air qui ne pénètre plus ou ne pénètre que difficilement dans les dernières ramifications ou dans les vésicules.

prend un timbre toujours plus rude. La transition de la crépitation au souffle, au lieu d'être directe et rapide, se fait quelquefois plus lentement, et à l'aide d'un phénomène intermédiaire que nous nommons *bruit de taffetas*, parce que, en effet, on entend pendant l'inspiration, et surtout pendant la toux, un bruit rude, sec, semblable à celui qu'on produit en déchirant un morceau de taffetas ou en froissant une robe de soie. Ce bruit, qu'on observe surtout dans l'aisselle, au bord antérieur du poumon et à la partie interne de la fosse scapulaire, caractérise, suivant moi, une hépatisation, qui n'occupe encore que la surface ou l'écorce du poumon. Si l'altération devient plus profonde, le bruit de taffetas est plus intense, plus rude, et finit par être remplacé par le souffle bronchique.

L'auscultation de la voix fournit aussi quelques phénomènes importants. Ainsi, lorsque le poumon, n'étant encore qu'engoué, on applique l'oreille au niveau des parties malades, on trouve que dans la moitié des cas environ le retentissement naturel de la voix est augmenté, mais sans aucun caractère particulier. Lorsque le poumon est hépatisé, la voix résonne fortement; cette résonnance est *diffuse, non articulée;* son timbre est sourd, bruyant ou métallique; on dit alors qu'il y a de la *bronchophonie.*

Les symptômes stéthoscopiques perçus dans toute l'étendue de la pneumonie cessent ensuite brusquement sur ses limites, où l'on entend, sans transition aucune, le murmure naturel de la respiration. Cependant il n'en est pas toujours ainsi, car j'ai prouvé que, dans un quart des cas, là où cessaient les signes stéthoscopiques caractéristiques de la pneumonie, on constatait, dans un rayon plus ou moins étendu, borné, en général, à 15 ou 18 centimètres, un affaiblissement du murmure respiratoire, et, plus rarement, une respiration puérile qu'il n'est pas toujours possible d'expliquer par un état de congestion des tissus.

Cependant, dans le cours de la pneumonie, les principaux organes de la vie animale et organique présentent divers phénomènes morbides, et participent sympathiquement au trouble déjà si grand des organes respiratoires. Ainsi le pouls s'accélère dès le début; il offre aussi, dans la plupart des cas, de l'ampleur et de la résistance; sa fréquence est généralement en rapport avec l'étendue et la gravité de l'affection; toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus considérable chez les jeunes enfants; il est ordinaire, en effet, de compter chez eux jusqu'à 120 pulsations, et il n'est même pas très rare que leur nombre atteigne 140 et même 180. Chez les vieillards, le pouls n'est remarquable que parce qu'il présente plus souvent des irrégularités qu'aux autres périodes de la vie. L'exploration du cœur par la percussion démontre que le volume de cet organe n'est pas augmenté, excepté peut-être dans les derniers instants de la vie, lorsque les caillots en s'y organisant com-

mencent à distendre ses cavités. Le sang provenant des saignées donne un caillot dense, couenneux ; car il résulte des recherches modernes que la pneumonie est, avec le rhumatisme, la maladie qui produit l'augmentation la plus considérable de la quantité de fibrine. La fièvre est un symptôme à peu près constant dans la pneumonie ; son intensité est généralement proportionnée à la gravité de l'affection. Toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus forte chez l'enfant que chez l'adulte, et plus marquée surtout que chez le vieillard ; elle est essentiellement continue, mais s'exaspère dans la plupart des cas, dans le cours de la soirée ou de la nuit. Du côté des organes digestifs, on observe la plupart des troubles qui accompagnent généralement toutes les pyrexies ainsi, la langue est couverte d'un enduit blanchâtre, la soif est vive, l'anorexie complète ; il y a des vomissements chez un cinquième des malades, et de la diarrhée un peu moins fréquemment ; chez les enfants, ce dernier symptôme est presque ordinaire ; chez les vieillards la langue a une grande tendance à se sécher et à se recouvrir, ainsi que les dents, de fuliginosités. La sécrétion urinaire présente elle-même quelques changements ; ainsi, dans la moitié des cas, elle est diminuée ; chez un tiers, elle est devenue plus acide ; enfin, divers dépôts d'urate d'ammoniaque se forment spontanément ou quand on traite l'urine par l'acide nitrique. Toutefois ce phénomène n'a guère lieu qu'à l'époque du déclin, et presque jamais lorsque la maladie doit avoir une issue funeste. Une céphalalgie frontale, vive, est un des symptômes sympathiques les plus constants de la pneumonie, puisqu'on la note dans les cinq sixièmes des cas environ. Elle survient dès le début, acquiert son maximum du premier au quatrième, diminue ensuite spontanément, et chez presque tous les malades, elle a complétement cédé dès le septième jour. Les forces sont toujours plus ou moins diminuées ; cependant, de toutes les maladies fébriles un peu graves, la pneumonie est une de celles qui prostrent le moins les forces. Toutefois celles-ci s'anéantissent en général assez vite chez les vieillards, qui tombent rapidement dans un état adynamique. Le facies des individus atteints de pneumonie varie beaucoup ; en général, dans la période de réaction, la face est injectée ; mais on ne peut établir aucun rapport certain entre le poumon affecté et le siége de la coloration dans telle ou telle partie de la face. Le décubitus est très variable ; cependant, si la douleur est vive, les malades se couchent de préférence sur le dos ou sur le côté affecté.

En somme, on voit que la pneumonie réveille dans tout l'organisme des troubles sympathiques : c'est ce qu'on observe spécialement chez l'enfant et chez l'adulte. Chez le vieillard, au contraire, les réactions sont moins nombreuses, car, à cet âge, chaque organe semble vivre et souffrir isolément, et n'a plus qu'une sphère d'activité très restreinte ; c'est ce qui explique pourquoi on voit quelquefois des vieillards qui,

quoique affectés d'une hépatisation grise de la plus grande partie d'un poumon, se plaignent pourtant à peine d'un peu de malaise, continuent à marcher et à manger, puis meurent tout-à-coup. J'ai cité dans mon ouvrage plusieurs cas de ce genre. Ces faits nous prouvent que chez le vieillard il faut tenir compte de tous les troubles qui surviennent dans la santé, quelque légers d'ailleurs qu'ils soient; car on ne doit jamais oublier que dans un âge avancé, les lésions les plus graves peuvent coïncider avec un petit nombre de symptômes très légers.

Marche. — L'inflammation pulmonaire ne reste presque jamais bornée aux points primitivement envahis; mais elle tend pendant quelques jours à gagner de nouvelles surfaces. Cette extension se fait progressivement et sans qu'on puisse d'avance déterminer quels seront les points ultérieurement envahis; cependant, dans un huitième des cas, on est averti de la direction du travail inflammatoire par un affaiblissement du bruit respiratoire et une diminution de l'élasticité à la percussion; phénomènes que l'on constate dans l'étendue de quelques centimètres au-delà des points où cessent les symptômes stéthoscopiques tout-à-fait caractéristiques. La plupart des pneumonies commencent par envahir la superficie des poumons; d'autres, au contraire, occupent primitivement les couches profondes de l'organe, de sorte qu'elles ne se révèlent dans les premiers par aucuns signes stéthoscopiques, ceux-ci étant masqués par les bruits normaux qui se produisent dans la partie saine. Il peut même arriver, ainsi que nous l'avons vu maintes fois, que les phénomènes stéthoscopiques et de percussion manquent complétement pendant toute la durée de la maladie; mais cette circonstance est infiniment rare, et presque toujours il arrive qu'après quelques jours de durée, l'altération ayant gagné jusqu'aux couches les plus superficielles du poumon, on finit par entendre la crépitation et le souffle, d'abord limités à un petit espace, mais ils ne tardent pas ensuite à être perçus sur une surface plus étendue. Non seulement la phlegmasie gagne de proche en proche le même poumon, mais elle peut encore envahir le poumon opposé : on dit alors que la pneumonie est double. J'ai démontré ailleurs (p. 301 de mon Traité) que dans celle-ci les poumons étaient peut-être toujours affectés successivement et jamais simultanément. C'est du onzième au treizième jour que la pneumonie, simple d'abord, finit par devenir double. Il est fort remarquable que cette seconde pneumonie débute alors presque toujours d'une manière obscure, latente, c'est-à-dire sans frisson, sans douleur, sans modification des crachats et de la toux; cependant elle a quelquefois pour effet d'augmenter la fièvre (un sixième des cas), et plus souvent encore (dans la moitié) de rendre l'oppression plus forte. Néanmoins, comme les accidents peuvent souvent s'expliquer par les progrès de la phlegmasie dans le poumon primitivement envahi, il en résulte que l'auscultation et la percussion

seules peuvent faire saisir le moment où le poumon resté sain commence lui-même à être envahi.

C'est encore par l'auscultation qu'on peut se convaincre combien il est rare que la pneumonie reste au premier degré. Dans presque tous les cas, en effet (vingt-neuf trentièmes), il survient une hépatisation plus ou moins complète; et ce passage, du premier au deuxième degré, se fait communément avec une grande rapidité; peu d'heures suffisent quelquefois. Dès le troisième jour le souffle tubaire existe déjà chez un tiers des malades, et au sixième jour il ne manque que chez un douzième. Cette marche si prompte a lieu également à tous les âges, et peut-être même est-elle encore plus rapide aux deux extrêmes de la vie.

Si nous recherchons les modifications qu'éprouvent les symptômes précédemment énumérés, nous trouvons que la plupart d'entre eux continuent à s'aggraver à mesure que l'altération des poumons gagne en surface et en profondeur : tels sont surtout la dyspnée, l'accélération des mouvements respiratoires et du pouls, les phénomènes stéthoscopiques, la fièvre, l'abattement des forces. Il n'en est pas de même du point de côté, de la céphalalgie, et souvent de l'expectoration elle-même. En effet, la douleur de tête et de poitrine cesse, ou du moins diminue après une durée de quelques jours; il en est souvent de même de l'expectoration, qui conserve sa viscosité, mais perd sa transparence, et surtout sa coloration rouge; elle peut même devenir tout-à-fait catarrhale. Tous les symptômes précédents s'amendent peu à peu, si la maladie a une heureuse issue; dans le cas contraire, la plupart s'aggravent; ainsi la respiration devient plus pénible et plus fréquente; l'expectoration est difficile ou se supprime; les crachats s'accumulent souvent dans les bronches, et, sans cesse agités par l'air, produisent un râle très bruyant. Le pouls alors s'accélère de plus en plus; il s'affaiblit, devient irrégulier; la peau est aride et se couvre de sueurs visqueuses; la face, bleuâtre, plombée, s'altère; les forces se prostrent; enfin la mort arrive après une agonie plus ou moins longue; le plus souvent les facultés intellectuelles restent intactes jusqu'au dernier moment.

Terminaisons. — La pneumonie peut se terminer par résolution, suppuration, gangrène; d'autres fois elle passe à l'état chronique.

Lorsque la maladie se termine par résolution, on commence dans plus du tiers des cas par constater une diminution dans l'appareil fébrile; cependant, chez la moitié des malades, l'amélioration de l'état général survient simultanément avec des changements favorables dans les phénomènes d'auscultation. Ainsi, lorsque la pneumonie se résout avant d'avoir dépassé la période d'engouement, la crépitation devient moins nombreuse; les bulles sont plus grosses, plus humides; elle dis-

paraît bientôt, et est remplacée par un murmure vésiculaire plus faible qu'à l'état normal. Si la résolution s'opère dans une partie complétement hépatisée, la respiration bronchique commence par être moins rude et moins aride; elle diminue de force pendant l'inspiration, et cesse souvent, tandis qu'elle est encore perceptible pendant l'expiration. En même temps la crépitation qui avait souvent complétement cessé, reparaît; mais les bulles sont communément moins nombreuses, et surtout elles sont plus humides et plus grosses. Laënnec a nommé ce râle *crépitation de retour* ou *râle crepitans redux*; il le regarde comme un phénomène constant. Ce râle diminue, puis il cesse tout-à-fait après une durée qui peut varier entre quelques heures et plusieurs mois. Il est remplacé par le murmure naturel, qui ne reprend parfois sa force et son moelleux qu'au bout de quelques mois. Le travail de résolution est toujours assez lent; il n'est jamais suivi d'un retrécissement des parois thoraciques, excepté pourtant dans les cas où la pneumonie s'est compliquée d'un épanchement pleurétique. (Voir *Pleurésie.*) Rien ne prouve que la pneumonie se soit jamais terminée par délitescence. Cependant il peut arriver que, sous l'influence d'une maladie intercurrente qui produit une vive révulsion, une pneumonie soit brusquement interrompue dans sa marche; deux cas de ce genre sont rapportés par les professeurs Andral et Graves de Dublin; mais ces faits sont excessivement rares. L'auscultation a prouvé que lorsque la pneumonie occupait une certaine étendue, la résolution ne s'opérait pas sur tous les points à la fois, mais que, dans les deux tiers des cas, elle commençait par se faire dans les parties qui avaient été envahies les dernières. Chez un cinquième des malades seulement, la résolution suit une marche inverse; enfin, dans les autres cas, elle se produit simultanément sur toute la surface malade. Le travail de résolution s'accompagne fréquemment de phénomènes critiques: ainsi j'ai trouvé que l'époque de la convalescence était marquée, dans la moitié des cas, par un trouble de l'urine, soit spontané, ou bien produit en traitant ce liquide par l'acide nitrique; des sueurs copieuses et une éruption herpétique au pourtour des lèvres constituent encore des phénomènes critiques assez communs; enfin beaucoup plus rarement la maladie paraît se juger par des selles ou des hémorrhagies. Mais, quel que soit le phénomène critique, je me suis convaincu que la maladie n'avait aucune tendance à se terminer de préférence à certains jours; que, par conséquent, la doctrine des médecins hippocratiques sur les jours dits *critiques* n'a aucun fondement pour la pneumonie.

La pneumonie se termine souvent par suppuration, et le pus, comme nous l'avons déjà dit, peut être infiltré ou réuni en foyer. Dans le premier cas il n'existe aucun signe capable de faire reconnaître d'une manière certaine le passage de la pneumonie du deuxième au troi-

sième degré. Cependant on devra *soupçonner* une hépatisation grise, lorsqu'après avoir constaté pendant plusieurs jours un souffle bronchique pur, sans mélange de crépitation, on distingue, dans ces mêmes points, de gros craquements humides ou un râle muqueux disséminé, des crachats rares, opaques, sales, ou l'expectoration que nous avons comparée au jus de réglisse et de pruneaux. Mais il faudra surtout que ces phénomènes coïncident avec une aggravation dans les symptômes généraux. Lorsqu'en effet le troisième degré de la pneumonie est établi, la face s'altère, elle devient jaunâtre, les forces tombent, le pouls se déprime, la langue se dessèche, un état de coma ou de subdélirium survient, la respiration s'embarrasse, puis la mort arrive. D'après les faits que j'ai observés, l'hépatisation grise m'a paru survenir beaucoup plus rapidement dans la pneumonie du sommet que dans celle de la base; elle est également plus prompte chez les vieillards et les sujets affaiblis. Tout porte à penser que la mort est la suite ordinaire, sinon constante, de l'infiltration purulente du poumon.

Dans quelques cas rares le pus se réunit en un ou plusieurs foyers. Cette lésion, plus commune dans le lobe supérieur, se remarque aussi plus souvent dans la pneumonie des vieillards et des individus débiles; elle est également fréquente dans certaines pneumonies traumatiques. Dans la plupart des cas les abcès pulmonaires ne sont pas diagnostiqués, parce que la mort survient avant que le pus se soit fait jour dans les bronches. Mais lorsqu'il s'établit une communication entre ces tuyaux et l'abcès, ce qui a communément lieu du quinzième au vingt-huitième jour, les malades rendent par la bouche un pus qui est tantôt phlegmoneux, tantôt d'un gris sale, jaunâtre, sanieux, exhalant une odeur fade ou bien fétide et gangréneuse; ce qui indique d'une manière certaine que les parois du foyer sont mortifiées. Le pus est rejeté par les secousses de la toux; mais s'il arrive subitement dans les bronches et en quantité considérable, il s'échappe par flots et par de véritables efforts de vomissements. Dans ces cas, l'auscultation de la poitrine fait constater l'existence de tous les signes caractérisant une excavation pulmonaire communiquant avec les bronches, c'est-à-dire le gargouillement, la respiration caverneuse et la pectoriloquie; phénomènes que nous étudierons en détail quand nous traiterons des tubercules des poumons. Si l'abcès est superficiel, il pourrait s'ouvrir dans le péricarde et la plèvre, et, dans ce dernier cas, il donnerait lieu à une pleurésie suraiguë et à un hydro-pneumo-thorax. On a encore dit que les abcès des poumons pouvaient s'ouvrir à l'extérieur à travers les parois thoraciques; cependant aucun des faits qu'on a rapportés ne démontre cette possibilité. Dans presque tous les cas, les signes stéthoscopiques coïncident avec des symptômes généraux graves, et la plupart des malades

succombent aux progrès de la pneumonie, ou avec les accidents qu'entraîne la fièvre hectique, qui, elle-même, est le résultat de la suppuration abondante qui a lieu dans le poumon. Quelques faits autorisent à penser que les abcès pulmonaires sont susceptibles de se terminer favorablement.

La gangrène est un mode de terminaison excessivement rare de la pneumonie, quelles que soient d'ailleurs les conditions dans lesquelles celle-ci survient. Dans tous les cas, la gangrène a paru indépendante de l'intensité de la phlegmasie. Elle se déclare probablement par suite de quelque condition accidentelle, mais qu'il est impossible de déterminer. Quoi qu'il en soit, le développement de la gangrène est annoncé par une expectoration noirâtre, brune, grise ou verdâtre ; elle exhale, ainsi que l'haleine des malades, une odeur vive, pénétrante et tout-à-fait caractéristique. Enfin, on voit se déclarer des symptômes ataxiques et adynamiques.

Le passage de la pneumonie à l'état chronique est le mode de terminaison le plus rare : je ne l'ai encore observé qu'une fois. Dans ces cas, on voit l'amaigrissement faire de continuels progrès. La toux persiste ; la percussion donne un son complétement mat, et à l'auscultation on entend le souffle et la bronchophonie qui accompagnent les hépatisations rouge et grise. Cependant il paraît que, dans quelques cas, l'auscultation ne révèle l'existence d'aucun bruit, soit normal, soit morbide; de sorte que l'on n'observe que les signes physiques qui accompagnent certains épanchements chroniques des plèvres, c'est-à-dire la matité et l'absence de toute espèce de bruit pendant l'inspiration et l'expiration. Il est impossible d'affirmer actuellement que l'induration chronique puisse se résoudre. Dans la plupart des cas, elle paraît entraîner la mort des malades avec les symptômes d'une fièvre hectique.

Complications. — La pneumonie se complique fréquemment de diverses maladies ayant leur siége dans la poitrine, le ventre ou les centres nerveux. Du côté de la poitrine, ce sont surtout la bronchite et la pleurésie. Dans le premier cas, il existe des râles sibilant et ronflant, et une expectoration muqueuse mêlée à des crachats rouillés. Nous parlerons ailleurs de la complication pleurétique (voir *Pleurésie*). Les complications cardiaques ne sont pas très rares : ce sont la péricardite, et quelquefois aussi l'endocardite, mais plus souvent encore, ainsi que l'a démontré M. Bouillaud, l'organisation de caillots fibrineux dans les cavités, ce qui obscurcit, voile, enroue les bruits naturels du cœur, et peut aussi produire quelquefois des bruits morbides. Enfin, on cite quelques cas où la phlegmasie pulmonaire s'est compliquée d'une inflammation de l'aorte, ou seulement de la formation de caillots fibrineux dans sa cavité. Il n'est pas encore prouvé que les complications cardiaques soient plus fréquentes dans la pneumonie gauche, et qu'elles résultent de l'irradiation ou de la

propagation de l'inflammation du poumon aux enveloppes du cœur ou à ce viscère lui-même et aux gros vaisseaux.

Si l'on excepte la fièvre jaune et les affections des voies biliaires, il n'est aucune maladie aiguë qui s'accompagne aussi souvent d'ictère que la pneumonie. Cette complication se remarque, en effet, dans un treizième des cas environ. Cet accident est beaucoup plus commun dans les pneumonies droites; mais il est moins certain que la phlegmasie du lobe inférieur y prédispose beaucoup plus que celle du lobe supérieur. Cette question, d'ailleurs, reste encore indécise. Il n'existe encore aucune explication rationnelle sur la manière dont la pneumonie agit pour produire l'ictère. Les recherches cadavériques prouvent d'ailleurs que la jaunisse ne se lie à aucune altération matérielle du tissu du foie.

Le délire est une complication très commune de la pneumonie, puisque la proportion des cas où on l'observe varie entre un huitième et un onzième. Je l'ai trouvé plus commun chez l'homme que chez la femme, et chez les sujets âgés de plus de quarante ans. Enfin le délire est aussi fréquent dans la pneumonie des vieillards qu'il est rare dans celle des enfants. L'inflammation du lobe supérieur ne paraît pas s'accompagner plus souvent de délire que celle qui occupe les autres parties de l'organe, tandis que le trouble des facultés intellectuelles se rencontre sur le quart environ des sujets adultes atteints de pneumonie double. Cet accident reconnaît différentes causes : il est quelquefois l'effet d'une phlegmasie des méninges ; d'autres fois, survenant dès le commencement de la maladie ou à sa période d'augment, il en suit les variations, et semble résulter alors de la violence de l'affection. Une troisième variété est celle qui survient dans la forme dite typhoïde ou ataxique de la maladie, et qui semble se lier peut-être bien moins à la phlegmasie pulmonaire qu'à un état général grave. Enfin une des formes les plus fréquentes du délire est celle qu'on observe chez les ivrognes ou chez les individus qui prennent chaque jour une grande quantité de boissons alcooliques, et chez lesquels on supprime tout-à-coup cet usage. Chez ces derniers, le délire se présente le plus souvent avec les caractères propres au *delirium tremens*. (*Voir* ce mot.)

Formes de la pneumonie. — Si la pneumonie se complique de cet ensemble de symptômes connus sous les noms d'*état bilieux* ou *gastrique*, on dit qu'elle est *bilieuse*. Cette forme, fréquente dans le milieu du dernier siècle, pendant lequel elle régna souvent épidémiquement, est rare aujourd'hui, où on ne l'observe guère que sporadiquement. La forme dite *typhoïde, ataxique, maligne*, est plus commune dans ce climat; elle est caractérisée par l'ensemble des symptômes généraux graves qu'on observe dans les fièvres typhoïdes. Comme dans celles-ci, on voit tantôt, comme symptômes prédominants, une prostration extrême des forces, l'état fuligineux de la

langue et des dents (*pneumonie adynamique*) ; d'autres fois la maladie se révèle par des symptômes ataxiques, tels que le délire, les convulsions, les soubresauts, les contractures (*pneumonie ataxique*). La première est plus commune chez les vieillards; la seconde, au contraire, affecte de préférence les sujets jeunes et les ivrognes. La gravité des symptômes typhoïdes n'a aucun rapport constant avec l'étendue de la phlegmasie.

Il faut admettre encore une pneumonie *intermittente*, dans laquelle les symptômes propres de la phlegmasie, subordonnés à l'état fébrile, suivent la même marche que ce dernier, c'est-à dire qu'ils naissent, s'accroissent, cessent, ou du moins diminuent en même temps que lui. La pneumonie constitue alors une forme de fièvre intermittente pernicieuse spéciale; elle a le type quotidien ou tierce. Il est certain que, dans l'apyrexie qui suit les premiers accès, les symptômes locaux, tels que la douleur de côté, les crachats rouillés, et la crépitation elle-même peuvent cesser complétement pour reparaître dans l'accès suivant. Mais à mesure que ceux-ci se répètent, la pneumonie finit par atteindre le deuxième degré. L'altération est alors permanente; les symptômes qui l'accompagnent sont continus, mais ils éprouvent une exacerbation régulière. La pneumonie est alors devenue *rémittente*.

Il est une forme de la pneumonie presque spéciale à l'enfance, que nous avons nommée *lobulaire*, *mamelonnée*, et qui est anatomiquement caractérisée par des noyaux d'hépatisation, disséminés en plus ou moins grand nombre dans l'un et l'autre poumon. Cette pneumonie est toujours consécutive à une phlegmasie des bronches, surtout à la bronchite capillaire. La période catarrhale dure plusieurs jours ou plusieurs semaines; puis les symptômes s'aggravent tout d'un coup, la fièvre redouble, ainsi que l'oppression; les râles sibilants et sous-crépitants sont plus bruyants, plus nombreux, plus mobiles; la percussion est sonore partout; les crachats sont visqueux et blanchâtres; enfin la mort survient après une agonie pénible, et le plus souvent avec les symptômes d'une asphyxie lente. Dans l'immense majorité des cas, l'élément catarrhal a été tellement prédominant qu'il a complétement masqué les signes physiques qui pouvaient dépendre de l'altération pulmonaire; cependant, lorsque les râles secs sont moins bruyants, ou lorsqu'ils cessent momentanément, si les noyaux indurés sont placés superficiellement, on distinguera souvent un râle crépitant ou sous-crépitant *non mobile*, et qui finit par coexister avec une respiration rude, et parfois même avec un peu de souffle pendant l'inspiration, ou tout au moins pendant l'expiration. Cependant il est presque tout-à-fait impossible de diagnostiquer la pneumonie lobulaire; on ne peut que la soupçonner lorsque, dans le cours d'un bronchite, on voit la fièvre, l'anxiété, l'oppression, augmenter tout d'un coup, les crachats prendre plus de viscosité, et les

traits s'altérer. Il est inutile de dire que si plusieurs noyaux venaient à se réunir, on pourrait constater les signes physiques propres aux hépatisations ordinaires, c'est-à-dire le souffle et la matité.

La pneumonie lobulaire est la seule forme de l'inflammation des poumons qui mérite le nom de *latente*, expression par laquelle les anciens désignaient toutes les pneumonies qui ne se révélaient ni par la douleur de côté ni par les crachats. Mais aujourd'hui, pour qu'une pneumonie soit latente, il faut en outre que l'auscultation et la percussion ne fournissent que des résultats négatifs. Or, les cas de ce genre sont excessivement rares.

Comme nous le verrons à l'étiologie, la pneumonie est une des complications les plus fréquentes des autres maladies; on dit alors qu'elle est *secondaire*, *consécutive* ou *symptomatique*, et on conçoit qu'elle doit éprouver alors dans ses symptômes et sa marche des modifications très importantes à connaître; mais leur énumération devant nous entraîner trop loin, nous renvoyons le lecteur à notre Traité, où ce point important de pratique a été longuement étudié, pages 194, 284, 352, 395, 444.

Convalescence, phénomènes consécutifs et rechutes. — De toutes les maladies aiguës qui mettent la vie en péril, la pneumonie est une de celles dont la convalescence marche le plus rapidement et le plus franchement; les seuls phénomènes qui persistent en général quelque temps après que les forces sont revenues, sont la toux et une diminution dans l'expansion pulmonaire. Il n'est pas très rare aussi que des malades se plaignent d'éprouver encore une douleur de côté, incommode pendant les inspirations fortes, douleur qui se rattache à l'inflammation de la plèvre, comme le bruit de frottement qu'on perçoit fréquemment dans le point même où elle siège. Les rechutes sont extrêmement rares; elles m'ont paru en général moins graves que la maladie première. Enfin, la convalescence peut être incomplète; c'est ce qui arrive dans les cas où la pneumonie passe à l'état chronique, ou bien lorsqu'elle devient l'occasion du développement de tubercules pulmonaires, ou lorsqu'elle provoque le ramollissement de tubercules préexistants. Ces deux circonstances, et la première surtout, sont excessivement rares. La pneumonie est encore une cause déterminante de maladies organiques du cœur et de l'aorte. (Voyez p. 462 de mon Traité.)

Diagnostic. — La pneumonie a deux signes *pathognomoniques* qui sont : les crachats *rouillés* et la *crépitation*. Les crachats qui ont une teinte *rouillée, jaune-abricot* ou *safran, sucre d'orge, verdâtre*, et probablement aussi les crachats couleur *jus de pruneaux* ou *de réglisse*, sont caractéristiques d'une inflammation pulmonaire. Il n'en est pas de même des crachats *briquetés* et de ceux qui ont l'aspect d'une forte solution de gomme arabique; car nous avons rencontré les premiers dans

l'apoplexie pulmonaire, et les seconds dans certaines bronchites aiguës. Cependant, comme ils sont beaucoup plus communs dans la pneumonie, on devra, toutes les fois qu'ils existent, *soupçonner* ou regarder comme probable l'existence de cette affection. La crépitation fine, sèche, égale, nombreuse, a pour moi la même valeur que les crachats rouillés; on ne la rencontre, en effet, dans aucune autre affection que la pneumonie. Il n'en est plus de même de la crépitation humide et grosse ou du râle sous-crépitant, qui, existant à la fois dans la pneumonie et certaines bronchites, n'a pas une valeur absolue, mais seulement une valeur *relative*. Ainsi, le râle sous-crépitant dépend-il d'une bronchite, on le trouve souvent disséminé sur une grande surface; il est mobile, et on le rencontre toujours à la fois dans l'un et l'autre poumon, sans qu'il y ait aucun rapport constant entre les symptômes généraux et l'étendue dans laquelle ce phénomène existe. Lorsqu'au contraire ce râle dépend d'une pneumonie, il est ordinairement circonscrit dans un seul côté de la poitrine et coïncide généralement avec une fièvre intense, un point de côté et des crachats rouillés. Enfin, dans la pneumonie double, comme les poumons ont été envahis *successivement*, si, dans le côté qui a été affecté en dernier lieu, on ne trouve que du râle sous-crépitant, dans le côté opposé, la maladie, étant plus ancienne et parvenue à un degré plus avancé, se révélera par du souffle tubaire. Ce dernier phénomène n'offre rien de caractéristique, car nous l'observerons dans certaines dilatations bronchiques, et nous le retrouverons encore dans la pleurésie, avec les mêmes caractères que dans la pneumonie. Parmi les autres symptômes locaux, comme la douleur du côté, la toux et la dyspnée, nul n'est caractéristique, puisqu'ils peuvent appartenir à diverses maladies; mais ce sont des signes *indicateurs* qui doivent donner l'éveil et engager le médecin à explorer avec soin les organes pectoraux. Enfin, les symptômes généraux et sympathiques seront encore des éléments très importants pour le diagnostic, surtout chez les vieillards. Ainsi, à cet âge, un état fébrile continu, s'annonçant par un frisson violent, dépassant la durée de la fièvre éphémère, et ne s'expliquant par aucune phlegmasie appréciable à l'extérieur et dans des cavités splanchniques, devra faire regarder comme infiniment probable l'existence d'une pneumonie. Ce jugement sera fondé sur la fréquence de cette affection chez les vieillards, sur ce que, de toutes les maladies aiguës dont ils sont atteints, la pneumonie est celle qui est le plus souvent latente, qui produit la réaction la plus vive et excite le plus grand nombre de sympathies, sans presque déterminer de troubles fonctionnels du côté de l'organe malade. On conçoit que les symptômes précédents ont beaucoup moins de valeur chez les individus jeunes, parce qu'ils sont sujets à des maladies aiguës qui, comme les fièvres typhoïdes et éruptives, ne s'accompagnent souvent à leur début d'aucun symptôme local. Ce que je viens de dire des vieillards s'applique exactement à tous les

individus qui sont atteints d'une maladie aiguë ou chronique. La pneumonie étant une complication fréquente de nos fièvres morbides graves, il importe que la sollicitude du médecin soit constamment éveillée du côté des organes thoraciques, et il importe de percuter et d'ausculter souvent les malades, quand même l'absence d'expectoration, de toux et de dyspnée excluerait toute idée d'inflammation pulmonaire.

L'auscultation nous fait non seulement diagnostiquer la pneumonie, mais elle nous permet encore, aidée de la percussion, d'en préciser le siége et l'étendue en surface. Ces méthodes d'exploration ne peuvent apprendre à déterminer la profondeur à laquelle l'altération pénètre. On ne peut avoir, à ce sujet, que des présomptions fondées surtout sur la gravité ou la bénignité des symptômes généraux. L'auscultation et la percussion nous paraissent à peu près impuissantes pour nous faire diagnostiquer les pneumonies centrales dans les cas où celles-ci ne se révèlent point par la nature de l'expectoration. Laënnec a bien prétendu que, dans ces cas, une oreille exercée pouvait entendre profondément la crépitation et la respiration tubaire; mais je crois que Laënnec a un exagéré la puissance déjà si grande de l'auscultation. Nous avons, en effet, rapporté plusieurs observations (p. 184 de notre *Traité*) qui démontrent qu'une lame de poumon perméable, n'ayant que 5 à 12 millimètres d'épaisseur, a suffi pour amortir, étouffer ou masquer les bruits pathologiques que devait produire une hépatisation rouge et grise plus profondément placée.

Il importe beaucoup, pour le pronostic et le traitement, de savoir diagnostiquer le degré de la pneumonie. La respiration bronchique et la bronchophonie sont les seuls signes certains pour distinguer les deuxième et troisième degrés du premier, qui est caractérisé par le râle crépitant. Le mélange de ces deux bruits morbides indiquera l'existence simultanée des deux premiers degrés; mais il est absolument impossible, nous l'avons dit, de diagnostiquer l'un de l'autre les deuxième et troisième degrés. Cependant on pourra soupçonner une hépatisation grise, lorsque les malades rejetteront des crachats jaunes ou verdâtres, ou bien encore lorsqu'on entendra mêlés au souffle bronchique des craquements humides et gros; enfin, lorsqu'il existe un état général grave, et que la maladie remonte déjà à plus d'un septénaire. Une collection purulente du poumon ne pourra être diagnostiquée qu'autant qu'elle communique largement avec les bronches et que le pus est évacué par l'expectoration. Sous ce rapport à la marche seule de la maladie et aux symptômes concomitants, on ne confondra jamais un abcès pulmonaire avec une caverne tuberculeuse ou une dilatation des bronches; on le distinguera aussi d'une pleurésie circonscrite. L'existence antérieure d'une maladie du foie, de la rate et des reins, et des symptômes graves faisant brusquement explosion vers la poitrine, et suivie de l'expulsion d'une quantité quelquefois

énorme de pus, offrant différents caractères, suivant l'organe qui l'a fourni, feront reconnaître un abcès perforant.

Dans l'état actuel de la science, on ne saurait déterminer sûrement pendant la vie si le poumon est *hépatisé* ou *splénisé*; cependant cette dernière altération sera *probable* lorsque l'auscultation ne fait découvrir au niveau de la matité ni respiration bronchique, ni expansion vésiculaire, ni râle crépitant, mais seulement quelques bulles de crépitation humide et grosse, ou quand il y a absence complète de tout bruit naturel ou morbide. Avec un peu d'attention, il est impossible de confondre la pneumonie avec aucune autre maladie aiguë de poitrine comme la pleurésie, la phthisie aiguë, l'apoplexie pulmonaire, la bronchite. Il faudra également éviter de prendre pour des fièvres typhoïdes des pneumonies qui s'accompagnent de symptômes adynamiques et ataxiques; cette méprise n'est pas très rare.

Pronostic. — La pneumonie est une maladie toujours grave; mais elle l'est inégalement aux différents âges de la vie. Presque toujours mortelle chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle, elle est également très meurtrière jusqu'à l'âge de cinq à six ans, ce qui tient non seulement à l'âge, mais encore à ce que presque toutes les pneunomies qui surviennent à cette époque de la vie sont consécutives à un état maladif antérieur. Les faits recueillis depuis quelques années par MM. Barrier, Rilliet, Barthez, Valleix, Vernois, Rufz, Gerhard, Becquerel, etc., le prouvent. Mais au-delà de cette époque et jusqu'à quinze ans, la pneumonie est une affection bien moins sérieuse. Dans les périodes suivantes, la mortalité est, en général, d'autant plus grande et le pronostic doit être par conséquent d'autant plus fâcheux que les individus sont plus âgés; ainsi j'ai démontré que la mortalité qui, de seize à trente ans, est à peine d'un quatorzième, d'un septième entre trente et quarante, d'un sixième entre quarante et cinquante, d'un cinquième entre cinquante et soixante, emporte les 8/10e de ceux qui ont plus de soixante-dix ans. J'ai vu également que, toutes choses égales d'ailleurs, la pneumonie offrait plus de gravité chez la femme que chez l'homme, chez les sujets débiles que chez les individus fortement constitués. L'état de grossesse est en outre une circonstance des plus fâcheuses, car presque toutes les femmes succombent après avoir avorté ou accouché prématurément. Les sujets d'une constitution débile, la conformation vicieuse du thorax chez les rachitiques, des pneumonies antérieures, des conditions hygiéniques défavorables, l'habitude de l'ivrognerie, le traitement commencé à une époque déjà éloignée du début, sont tout autant de circonstances qui rendent le pronostic plus grave, tandis que les saisons, la nature des causes occasionnelles n'influent pas sur le pronostic. La pneumonie droite n'offre ni plus ni moins de gravité que celle du côté gauche; mais des faits nombreux ont prouvé que la phleg-

masie du lobe supérieur se terminait plus souvent d'une manière funeste que celle du lobe opposé sans qu'on puisse jusqu'à présent déterminer bien exactement quelle est la raison d'une pareille différence. Parmi les symptômes il en est un certain nombre qui deviennent encore un élément de pronostic; ainsi l'accélération très grande de la respiration et du pouls, qui dépasse 120 pulsations, indique toujours beaucoup de gravité. Le péril est surtout très grand lorsque la respiration est inégale, entrecoupée; lorsque le pouls est petit, irrégulier, intermittent; lorsque les malades ont des syncopes. Les crachats *jus de pruneaux* ou *de réglisse* sont du plus fâcheux augure, car nous avons vu qu'ils coïncident le plus souvent avec l'hépatisation grise. La suppression brusque de l'expectoration est également une circonstance fâcheuse, surtout lorsque les crachats continuant à être exhalés s'accumulent dans les bronches. Enfin, l'inspection de l'urine pourra être utile pour le pronostic. Ainsi nous croyons que si, pendant la période aiguë, l'urine fournit un dépôt spontanément, ou après avoir été traitée par l'acide nitrique, il est très probable que la maladie aura une heureuse issue (je suppose que le précipité ne dépend pas d'une maladie des reins). On peut dire en règle générale que, pour fixer son jugement sur l'issue qu'aura la pneumonie, le médecin aura égard avant tout à l'état général du sujet; ainsi, le pronostic devrait être très incertain si l'auscultation et la percussion indiquant une diminution dans l'engorgement pulmonaire, les symptômes généraux restaient néanmoins stationnaires. Le pronostic sera fâcheux si, en même temps que les accidents locaux paraissent s'amender, on note, au contraire, de l'aggravation dans les symptômes généraux; s'il n'existe alors aucune complication qui en rende compte, on regardera comme probable le passage de la pneumonie du deuxième au troisième degré. Toutes les complications rendent le pronostic plus grave. La forme typhoïde est toujours fâcheuse, mais elle entraîne surtout un grand péril lorsqu'elle règne épidémiquement. Quel que soit l'âge du sujet, la pneumonie est presque toujours mortelle lorsqu'elle survient dans le cours d'une maladie générale, telle que fièvre éruptive, phlébite, affections cancéreuses, maladies de Bright et probablement aussi le diabète. La maladie est également très meurtrière chez les aliénés en démence et paralytiques. Au contraire, des faits multipliés nous ont prouvé, ainsi qu'à MM. Andral et Louis, que la pneumonie qui survient chez les phthisiques qui ont encore de l'embonpoint et des forces guérit presque constamment, bien qu'il y ait déjà des excavations dans les poumons.

Etiologie. — La pneumonie est une maladie de tous les âges. Plus commune aux deux extrêmes de la vie, cause principale de la mortalité chez les vieillards, elle a son maximum de fréquence chez l'adulte dans la période de vingt à trente ans. Si l'homme y est de deux à quatre

fois plus sujet que la femme, cela ne dépend pas d'une action spéciale exercée par le sexe, mais bien des conditions hygiéniques différentes, puisque, lorsque celles-ci sont les mêmes, la proportion des pneumonies ne diffère guère chez l'homme et chez la femme. Si l'influence des tempéraments et de la constitution dans la production des pneumonies n'est pas encore suffisamment établie, les faits ont, du moins, démontré qu'une vicieuse conformation du thorax ne prédisposait pas à la maladie ; que celle-ci semblait être d'autant plus commune que les individus étaient plus pauvres, qu'ils faisaient plus d'excès et se livraient à des travaux plus rudes. Des attaques antérieures en appellent de nouvelles; et, dans les récidives, la maladie a de la tendance à envahir toujours le même poumon. La pneumonie sévit dans tous les pays du globe; mais nous l'avons trouvée plus commune dans les régions septentrionales et les climats tempérés, et c'est dans les pays équatoriaux qu'elle paraît avoir son minimum de fréquence. Nous avons prouvé également qu'elle pouvait aussi être très fréquente dans les pays placés dans des conditions tout-à-fait opposées, telles que Malte et les îles Bermudes. La pneumonie peut régner sporadiquement ou épidémiquement à toutes les époques de l'année; mais j'ai trouvé qu'à Paris elle a en général son maximum de fréquence dans les mois de mars et avril. Quant à l'influence des causes occasionnelles, j'ai démontré combien le poumon s'enflammait difficilement par l'action des violences extérieures; ce n'est guère, en effet, que sur un quart des sujets que j'ai pu constater l'action d'une cause occasionnelle : c'était chez presque tous un refroidissement du corps. Ainsi, dans la grande majorité des cas, la pneumonie survient sans le concours d'aucune cause excitante appréciable ; c'est-à-dire que la maladie est alors, selon toute apparence, *spontanée.* D'ailleurs toutes les fois qu'une cause occasionnelle a provoqué l'explosion de la pneumonie, on doit admettre que cette cause n'a pu avoir d'effet qu'autant que l'individu était antérieurement prédisposé à en recevoir les atteintes, puisque cette cause avait déjà agi dans des circonstances semblables en apparence, sans produire les mêmes effets fâcheux.

Dans l'ouvrage auquel j'ai emprunté les résultats précédemment indiqués, j'ai encore prouvé que tout état morbide de l'économie dans lequel il existe un mouvement fébrile et un grand degré de faiblesse prédisposait aux phlegmasies pulmonaires. C'est surtout chez les enfants et les vieillards qu'on retrouve cette tendance extrême des poumons à s'enflammer dans le cours de toute espèce de maladie aiguë et chronique. Ainsi, chez les premiers, les pneumonies secondaires, qui sont presque les seules qu'on observe dans les cinq ou six premières années, sont surtout communes dans la gangrène de la bouche, dans la rougeole, la coqueluche, le croup, la variole, la fièvre typhoïde et

l'entérite chronique. Parmi les maladies spéciales aux adultes, ou du moins plus fréquentes à cet âge, nous citerons, comme produisant souvent des pneumonies, parmi les maladies aiguës, la morve et les phlébites; puis viennent successivement la fièvre typhoïde et les affections aiguës des centres nerveux et les autres maladies fébriles, telles que le rhumatisme, etc. Parmi les maladies chroniques, on distingue d'abord la phthisie ; les affections organiques du cœur, les maladies cancéreuses, les lésions chroniques du foie et la démence paralytique viennent ensuite. Presque toutes ces maladies déterminent l'explosion des pneumonies par suite de la faiblesse qu'elles produisent, soit que celle-ci agisse en rendant plus faciles les congestions passives des poumons, soit que l'individu affaibli soit plus impressionnable et résiste moins aux causes ordinaires des pneumonies. Quoi qu'il en soit, la première cause est réelle, et il est certain, comme M. Piorry a d'ailleurs le mérite de l'avoir établi le premier, que le décubitus dorsal prolongé finit par produire, dans les parties déclives des poumons, un engouement sanguin, qui est la cause d'un grand nombre de pneumonies consécutives.

Traitement. — La pneumonie n'étant point une maladie spécifique, et se présentant en outre avec des caractères très différents, suivant les âges, les constitutions médicales, etc., il est inutile d'insister ici pour prouver qu'on ne saurait adopter contre elle une médication uniforme.

Les saignées ont été de tout temps le moyen principal et souvent unique à l'aide duquel les praticiens de tous les pays ont combattu les pneumonies. A différentes époques aussi, on vit les émissions sanguines prodiguées par les uns, être exclues par d'autres. Mais nous avons prouvé que, pour être dans le vrai, il ne fallait adopter aucune de ces opinions exclusives. Ainsi j'ai démontré aux pages 559 et suivantes de mon Traité que l'expectation est nuisible même dans les pneumonies bénignes, pour la curation desquelles la nature suffit; à plus forte raison faut-il s'en abstenir dans les pneumonies graves : aussi ai-je établi comme principe de traitement, et ne souffrant aucune exception, qu'à toute pneumonie bénigne il fallait opposer un traitement plus énergique que ne semblerait l'exiger l'état général et local. Ainsi, dans ces cas, on devra pratiquer une saignée du bras, ou si la douleur de côté prédomine, donner la préférence à une saignée locale ; quelquefois combiner les deux modes d'évacuation. A ces moyens on joindra l'usage des boissons pectorales, de quelques laxatifs doux, et ce traitement aura l'avantage, sur l'expectation, d'empêcher certaines pneumonies de devenir plus graves, et surtout de soulager plus vite, et d'abréger la durée de la maladie.

La saignée n'est pas utile dans tous les cas de pneumonie; c'est ainsi qu'elle est nuisible dans la plupart de celles qui sont secondaires, et gé-

néralement chez les sujets cacochymes affaiblis par la misère ou par l'âge; ou bien encore dans quelques pneumonies typhoïdes, et dans le cours de certaines constitutions médicales, comme Sydenham et Huxham l'ont observé. En un mot, il faut s'abstenir des saignées lorsque la prostration est extrême, le pouls petit, fuyant sous le doigt et irrégulier, et lorsque, d'après l'ensemble des symptômes, on doit craindre le passage de la pneumonie au troisième degré. Hors ces cas, la saignée est utile; l'âge trop tendre ou trop avancé des sujets n'est jamais et ne peut être une contre-indication absolue à son emploi; mais ces circonstances doivent seulement nous forcer à moins la prodiguer; il en est de même de l'ancienneté de la maladie, qui ne peut jamais à elle seule contre-indiquer la saignée si les symptômes généraux la réclament. Mais il ne faut pas oublier que la saignée sera d'autant plus efficace soit pour soulager, soit pour abréger la durée de la maladie, qu'on la pratiquera à une époque plus voisine du début.

Les émissions sanguines locales ne pouvant pas produire un dégorgement assez rapide, on doit, quand l'état du pouls le permet, leur préférer les saignées générales. Cependant, lorsque la douleur de côté est vive, on devra recourir à une application de sangsues et de ventouses, qui ont l'avantage d'enlever le point de côté plus rapidement que ne font les saignées générales. Cependant les saignées locales sont à peu près les seules qu'il convient de faire aux enfants, du moins chez ceux qui ne dépassent pas six ans. On mettra deux sangsues chez les plus jeunes, dix ou douze chez les plus âgés; on pourra même y revenir une ou plusieurs fois. Chez l'adulte aussi on répétera la saignée plus ou moins fréquemment; chaque évacuation sera plus ou moins abondante, suivant l'état des forces, le degré de résistance du pouls et la persistance de l'inflammation. Ainsi il est des individus pléthoriques, vigoureux, chez lesquels on pourra pratiquer avec avantage trois ou quatre saignées dans les vingt-quatre heures; on pourra même les répéter en nombre égal les jours suivants, tandis que chez d'autres on doit se borner à une seule émission sanguine. Il suit de là qu'on ne saurait fixer, même approximativement, la quantité de sang que les individus atteints de pneumonie peuvent perdre, ni le nombre de saignées qu'on peut leur pratiquer. M. Bouillaud est le seul médecin qui se soit élevé contre des principes qui sont sanctionnés par l'expérience des plus grands maîtres et par l'observation de tous les jours. Ce professeur a en effet soumis le traitement de la pneumonie à des règles fixes en déterminant le nombre de saignées qu'on devait pratiquer chaque jour et jusqu'à la quantité de sang qu'il fallait extraire à chacune d'elles. Par sa méthode, le professeur de la Charité a prétendu guérir un plus grand nombre de malades; il dit aussi les avoir soulagés plus vite et avoir abrégé de beaucoup la durée totale de la maladie. Mais personne aujourd'hui ne croit plus à ces

miracles, depuis qu'ayant analysé les faits rapportés par l'auteur j'ai démontré que la mortalité d'un huitième obtenue par M. Bouillaud s'expliquait par l'âge peu avancé de ses malades, qui avaient pour moyenne trente-trois ans. Non seulement M. Bouillaud a trouvé un utile auxiliaire dans l'âge de ses malades, mais il a été encore favorisé par le grand nombre de pneumonies bénignes ou peu graves qui lui sont échues; ajoutons enfin que presque toutes les pneumonies ont été observées sur des hommes, chez lesquels la mortalité est moins considérable que chez les femmes; de sorte qu'en considérant toutes les circonstances heureuses au milieu desquelles M. Bouillaud s'est trouvé, on serait en droit de se plaindre qu'il n'ait pas obtenu de résultats encore plus avantageux. Nous avons dit que M. Bouillaud prétendait encore, par sa méthode, soulager et guérir moitié plus vite ses malades que par les traitements ordinaires; mais cette assertion est uniquement fondée sur une manière vicieuse, adoptée par M. Bouillaud, pour calculer la durée des maladies. Ainsi, tandis que tout le monde comprend dans la durée d'une pneumonie le temps écoulé depuis le début des premiers symptômes, et de la fièvre surtout, jusqu'à la convalescence, M. Bouillaud, chose presque incroyable, a donné longtemps comme durée de la maladie la durée du traitement. Par exemple, pour les malades traités dans les hôpitaux et qui ne viennent réclamer nos soins qu'après trois, cinq, huit ou dix jours de maladie, M. Bouillaud, ne tenant aucun compte de cette période, datait la guérison ou la mort à partir seulement *du jour où les malades étaient entrés à l'hôpital;* de sorte que des pneumonies qu'il indiquait comme ayant duré neuf jours en avaient réellement duré quinze, lorsqu'on voulait compter comme tout le monde. Depuis quelques années pourtant M. Bouillaud a renoncé à ce système; mais celui qu'il a adopté est tout aussi vicieux que le premier, car il consiste à rapprocher le terme de la convalescence, et à dater celle-ci *du moment où la fièvre a diminué, mais n'a pas encore cessé* (1); comme si on était en droit de considérer comme guéris de pneumonie des individus chez lesquels le mouvement fébrile n'est pas encore complétement éteint. Il faut supposer une bien grande préoccupation d'esprit à M. Bouillaud pour qu'il ait pu comparer des faits ainsi interprétés avec les nôtres et ceux de MM. Louis et Chomel, et surtout pour qu'il ait pu rapporter à sa méthode de traitement un bénéfice qu'elle n'a pas donné. D'ailleurs le traitement adopté par M. Bouillaud abrège si peu la durée de la pneumonie, que si on veut analyser les faits qu'il a publiés, d'après les règles fixes qui ont été posées par M. Louis, et que nous avons adoptées nous-même, on trouve que M. Bouillaud n'a pas guéri plus vite que nous. C'est donc sans aucune utilité que ses malades

(1) Voir sa *Clinique*, t. II, p. 206.

ont perdu 1 kilogramme de sang de plus que les nôtres. Dieu sait ce qui a pu en résulter de fâcheux pour leur constitution ou tout au moins pour le rétablissement de leurs forces!

Quoique les opinions de M. Bouillaud n'aient trouvé de l'écho nulle part chez les praticiens, j'ai cru cependant, en raison de la haute position officielle de l'auteur, et de l'autorité que lui donne son talent, devoir les réfuter encore dans ce livre, afin de prémunir mes jeunes confrères, non encore initiés aux difficultés de la pratique, contre les dangers d'une doctrine qu'ils ne suivront pas, je l'espère. Si d'ailleurs quelques doutes pouvaient encore s'élever dans l'esprit de mes lecteurs, je les renverrais à mon *Traité de la pneumonie*, dans lequel j'ai longuement analysé et prouvé mathématiquement le peu de valeur de tous les documents publiés par M. Bouillaud ou par ses élèves. En résumé, on doit, dans le traitement de la pneumonie, saigner largement et rapidement; mais il faut le faire dans la mesure des forces et suivant les exigences de la maladie. Ainsi que nous l'avons dit dans nos généralités sur l'inflammation, il ne faut pas s'attendre à ce que les saignées, si on les pratique dès le début, aient un résultat immédiatement utile, car la pneumonie, comme toutes les autres maladies, a une période d'augment qui marche, quelque abondantes d'ailleurs que soient les saignées. Rasori exprimait la même pensée, et son témoignage a d'autant plus de valeur qu'on sait que ce grand médecin retirait fréquemment plus de 6 kilogrammes de sang à ses malades, sans qu'une perte anssi considérable empêchât le plus souvent l'affection de s'accroître.

Cependant, lorsque la maladie ne cède pas aux antiphlogistiques, il arrive une époque où ces moyens ne sont plus applicables; dans ces cas, la majorité des modernes administrent les préparations antimoniales, et particulièrement l'émétique à haute dose; mais nous ne pensons pas qu'on doive retarder jusqu'alors pour recourir à la médication contre-stimulante. Je crois, en effet, avoir démontré que l'affaiblissement très grand des malades était une circonstance fâcheuse, et qui rendait l'action de l'émétique beaucoup plus incertaine. Il faut se garder de jamais épuiser la possibilité de saigner. La seule condition qui nous paraît essentielle pour la bonne administration de l'émétique consiste à faire préalablement perdre au pouls sa dureté, à l'aide d'une ou plusieurs saignées pratiquées à peu d'intervalle les unes des autres. C'est là, je le répète, tout le secret pour bien administrer l'émétique : aussi, dans les cas où, dès le début, le pouls reste mou, dépressible, quelque vive d'ailleurs que soit la douleur de côté et la fièvre, quelque étendue qu'ait la pneumonie, on doit s'abstenir alors de toute émission sanguine, pour donner immédiatement l'émétique à une haute dose, sauf, si le pouls se relève et acquiert de la dureté le lendemain, à recourir à la saignée générale et locale. On ne reprendra l'usage du tartre stibié

qu'après que le pouls sera redevenu souple et mou. C'est en suivant ces principes qu'on pourra n'avoir, chez les sujets traités dans nos hôpitaux d'adultes, qu'une mortalité d'un huitième environ (1). C'est aussi par l'administration de l'émétique qu'on détermine ces améliorations rapides, souvent presque instantanées, et qu'on n'obtient jamais aussi promptement par l'emploi des saignées. La médication par l'émétique est applicable aux pneumonies de tous les âges : MM. Rilliet et Barthez ont prouvé que, combinée aux sangsues, elle constitue le mode de traitement le plus utile dans les phlegmasies pulmonaires des enfants. Chez presque tous les malades adultes on commence par donner 30 centigrammes d'émétique dans une potion gommeuse ; chez les vieillards on peut commencer par 40 ou 50 centigrammes ; chez les nouveau-nés on donnerait 10 centigrammes, et chez les enfants au-dessus de deux ou trois ans, on peut débuter par 15 ou 20 centigrammes. Les doses sont ensuite augmentées ou diminuées suivant les effets obtenus : ainsi, chez l'adulte et les vieillards, on pourra donner successivement jusqu'à 1 gramme d'émétique. Je ne crois pas que, dans notre climat, il soit prudent de dépasser cette dose, qu'on pourrait élever dans les climats plus chauds, comme ceux d'Italie, d'Espagne et peut-être dans le midi de la France. L'émétique sera administré dans une potion gommeuse de 90 à 120 grammes, qu'on donne par cuillerée d'heure en heure. Presque toujours, après la deuxième ou troisième cuillerée, quelquefois dès la première, les malades éprouvent des vomissements bilieux et surtout des selles jaunes, plus ou moins nombreuses ou abondantes, qui diminuent généralement ou cessent même tout-à-fait les jours suivants, lorsqu'on continue l'emploi de l'émétique ; on dit alors qu'il y a *tolérance*. Quelques personnes, regardant à tort la tolérance comme une circonstance avantageuse à l'action de l'émétique, ont cru l'établir plus facilement en ajoutant une préparation opiacée à la potion stibiée ; mais j'ai démontré que cette addition était parfaitement inutile. Le seul moyen qu'on a pour rendre les effets primitifs moins nombreux consiste à mettre l'émétique dans une petite quantité de véhicule (90 grammes), et à l'aromatiser. Les évacuations qu'on provoque sont avantageuses par la révulsion et en même temps les secousses qui les accompagnent. On peut dire en outre que la tolérance qui s'établit dès le début est une

(1) Indépendamment des faits contenus dans mon livre, je puis encore invoquer le résultat de ma pratique dans ces deux dernières années. Dans cet espace de temps, j'ai traité 116 nouvelles pneumonies : presque toutes, ou 113, ont été observées sur des hommes dont l'âge moyen était trente-huit ans ; la maladie, d'intensité médiocre chez 35, a été grave chez 81, et ce sont les seuls qui ont pris l'émétique ; sur ces 116 malades 14 ont succombé, c'est-à-dire que la mortalité n'a pas été d'un 8e. Je ne fais qu'énoncer ces faits, me réservant de les faire connaître plus tard avec détails.

circonstance de fâcheux augure, car elle indique un défaut de réaction de l'organisme contre l'action des médicaments : aussi ne l'observe-t-on guère que chez les vieillards et chez les sujets affaiblis. Mais, indépendamment de l'effet révulsif, l'émétique paraît agir surtout en vertu d'une action spéciale qu'il exerce sur la nutrition consécutivement à son absorption. L'emploi de l'émétique n'est contre-indiqué que lorsque le malade porte une lésion organique ou une phlegmasie vive des organes digestifs. Une entérite légère, l'état de grossesse, ne sont pas un obstacle à l'administration du médicament.

D'autres préparations antimoniales ont été préconisées dans la pneumonie : ce sont surtout l'oxide blanc, à la dose de 4 à 16 grammes, et le kermès, à la dose de 1 à 4 grammes; mais l'utilité de ces remèdes n'est pas encore suffisamment démontrée. On doit avoir des doutes plus grands encore sur l'utilité de la digitale, de l'acétate de plomb, de l'acide cyanhydrique ou prussique, de l'eau de laurier-cerise, qu'on a préconisés en Italie et en Allemagne comme doués de propriétés contre-stimulantes. Enfin, j'en dirai tout autant des vésicatoires, qui sont d'un usage si général dans le traitement de la pneumonie, quoique cependant leur action soit plus que douteuse. On sait d'ailleurs que trois grandes autorités, Rasori, Laënnec et M. Louis, en ont tout-à-fait contesté l'utilité. Chez les enfants, ils sont presque toujours nuisibles.

Parmi les complications de la pneumonie que nous avons étudiées précédemment, le délire est la seule qui exige quelquefois une médication spéciale. Si le trouble des facultés intellectuelles se rattache à une phlegmasie des méninges, ou si, survenu dès le début, il dépend de l'intensité de la fièvre, c'est une raison de plus pour insister sur les antiphlogistiques. Mais si le délire s'accompagne de cette série d'accidents qui carctérisent la forme ataxique, on devra tenter l'emploi des antispasmodiques. C'est dans ces conditions que M. Récamier a préconisé le musc, à la dose de 40 ou 50 centigrammes à 1 gramme et plus donné en pilules de 5 centigrammes, à une heure de distance jusqu'à rémission des accidents. Quelques faits favorables autorisent l'emploi de ce médicament. Enfin, lorsque le délire survenant chez les ivrognes offre le caractère du *delirium tremens*, on doit se hâter d'administrer l'opium par la bouche ou en lavements; en outre, comme cette forme de délire naît toujours par suite de la suppression brusque des alcooliques, on ne devra jamais manquer de permettre l'usage d'un peu de vin à ceux qui sont habitués à en boire chaque jour une grande quantité. C'est un précepte sur lequel M. Chomel insiste beaucoup, et qu'il observe toujours dans la pratique.

La forme que la pneumonie revêt doit modifier encore le traitement. Ainsi, dans les pneumonies bilieuses, il y a un élément nouveau qu'il faut combattre par les évacuants; mais tous les moments ne sont pas

également opportuns pour obéir à cette indication. Ainsi, lorsque cet état coexiste avec une vive réaction fébrile, avec un pouls fort développé, il faut le négliger pour ne s'occuper que de l'état inflammatoire, et il arrive souvent que les antiphlogistiques triomphent à la fois et de la fièvre et de la complication bilieuse. Si, au contraire, l'état bilieux prédomine; si le pouls est faible, mou, il faut commencer par donner un éméto-cathartique. Le traitement des pneumonies typhoïdes est bien plus difficile, car aucune méthode n'est applicable à tous les cas, il faut même varier la médication suivant la période de la maladie. Ainsi, au début, il y a souvent nécessité de tirer du sang; mais il faut le faire toujours avec prudence; si plus tard la faiblesse est grande, si les fonctions cérébrales sont perverties, il faut oublier la nature inflammatoire de la maladie pour ne s'occuper que de l'indication vitale, c'est-à-dire administrer le quinquina, le vin; c'est, en effet, ce qui a souvent lieu chez les vieillards. Dans les formes intermittentes et rémittentes, on doit donner le sulfate de quinine le plus tôt possible; mais si on n'est appelé qu'au moment même de l'accès, on devra, s'il y a beaucoup de douleur et d'oppression, recourir préalablement à une émission sanguine. Enfin, le traitement des pneumonies consécutives est l'un des points les plus difficiles de la médecine pratique. En règle générale, il convient de n'employer les débilitants qu'avec la plus grande circonspection, et de choisir ceux qui prostrent le moins et qui soulagent le plus vite; à ce double titre, l'émétique à haute dose sera souvent préféré. Je ne prétends pas dire pourtant qu'il ne faut pas saigner, mais je veux seulement qu'on réserve la saignée à quelques cas, et qu'on n'en use toujours qu'avec modération.

DE LA PLEURÉSIE.

Le mot *pleurésie*, qui a longtemps signifié toute douleur vive siégeant dans un des côtés de la poitrine, est aujourd'hui exclusivement consacré pour désigner une inflammation de la plèvre.

Division. — La pleurésie est distinguée en *aiguë* et en *chronique*. On la divise aussi en *générale* et en *partielle*, suivant que la phlegmasie occupe la plèvre dans toute son étendue ou qu'elle est limitée à un espace plus ou moins circonscrit : c'est ainsi que la pleurésie est dite *costopulmonaire*, *diaphragmatique*, *médiastine*, *interlobaire*, suivant que l'inflammation est bornée à la plèvre qui recouvre les côtes et la face correspondante des poumons, le diaphragme, le médiastin ou la scissure interlobaire.

Historique. — La pleurésie est mentionnée depuis un temps immémorial; néanmoins les médecins ont eu pendant longtemps sur elle des idées très confuses. Confondue pendant des siècles avec la pneumonie, décrite

comme affection distincte par Boerhaave et Dehaen, confondue de nouveau par Haller, Tissot, Cullen, et par Portal, elle a été définitivement séparée par Pinel; et Laënnec, en apprenant à la reconnaître sur le vivant et à la distinguer de la pneumonie, chose difficile avant lui, a mis fin à toutes les disputes. Cette maladie a été l'objet de quelques travaux de la part de plusieurs de nos contemporains, parmi lesquels je citerai, après Laënnec, MM. Cruveilhier, Andral, Chomel, Louis, Stokes, Hirtz, Heyfelder, et Baron fils, qui a étudié la pleurésie du jeune âge.

Anatomie pathologique. — Dans la pleurésie, la plèvre paraît rouge, injectée; mais nous avons vu précédemment que cette injection pénétrait rarement le tissu même de la membrane, qu'elle n'existait que dans le tissu cellulaire subjacent. La plèvre d'ailleurs n'a subi aucune altération appréciable de nutrition : seulement dans quelques cas elle nous a paru se détacher plus facilement, ce qui peut tenir bien moins à une lésion propre qu'à une altération du tissu cellulaire, qui est le siége de l'injection phlegmasique. Mais la pleurésie, pourvu qu'elle se prolonge un ou deux jours, ou même quelques heures seulement, détermine une altération de sécrétion, consistant ordinairement dans un épanchement séro-albumineux, dont la quantité varie depuis quelques grammes jusqu'à un ou plusieurs kilogrammes. La matière épanchée est en grande partie formée par un liquide séreux de couleur citrine, assez souvent opaque, louche, jaune ou verdâtre, rarement rougeâtre ou formée par du sang presque pur (*pleurésie hémorrhagique*). Des concrétions albumineuses et membraniformes existent toujours dans ce liquide, mais en quantité très variable : parfois on ne trouve que quelques flocons rares, grisâtres; mais le plus souvent l'exsudation albumineuse forme le quart ou le tiers de l'épanchement. Quelquefois même il n'existe pas ou à peine de sérosité, tandis que la plus grande partie de la cavité pleurale est remplie par une matière d'un blanc jaunâtre, opaque ou demi-transparente parfois fluide comme de la crème, ayant le plus souvent la consistance de l'albumine cuite ou de la couenne inflammatoire. Elle est épanchée en masse vers les gouttières vertébrales et sur le diaphragme, ou bien elle tapisse les surfaces pariétale et viscérale de la plèvre, qu'elle fait adhérer immédiatement, ou par des lames de même nature. D'ailleurs ces concrétions sont disposées, tantôt uniformément, ou bien sous forme de granulations plus ou moins confluentes, ou par plaques irrégulières, d'une épaisseur qui varie entre 1 et 6 millimètres. Lorsqu'on les détache, on retrouve au-dessous d'elles la membrane séreuse avec sa transparence, son poli, son épaisseur, sa consistance, et souvent sa couleur normale. Quand ces fausses membranes existent seules et sans aucun épanchement liquide, on dit que la *pleurésie est sèche.* Enfin des fluides aériformes se rencontrent quelquefois dans la

plèvre enflammée; leur présence indique presque toujours une perforation pulmonaire ou une gangrène de la plèvre, altération qui est d'ailleurs excessivement rare. En même temps que ces lésions existent, on constate encore divers changements dépendant de l'épanchement lui-même : ainsi, lorsque celui-ci est considérable, le côté correspondant de la poitrine est dilaté, les espaces intercostaux sont élargis; le diaphragme est refoulé vers le ventre, le médiastin et le cœur sont déviés vers le côté sain; mais les principaux effets de compression se remarquent vers le poumon, qui est refoulé dans la gouttière vertébrale; son tissu est flasque, grisâtre, exsangue, vide d'air.

Lorsque la mort arrive à une époque éloignée, on trouve la partie liquide de l'épanchement diminuée ou même tout-à-fait résorbée; le poumon, moins comprimé, se développe, et n'est plus séparé des parois thoraciques que par l'exsudation albumineuse, qui tend à s'organiser. Il suffit de peu de jours pour qu'on constate souvent dans l'épaisseur des fausses membranes des lignes rougeâtres qui s'anastomosent à la manière des vaisseaux; cependant, dans la plupart des cas, on ne reconnaît pas cette disposition vasculaire; mais on voit les concrétions membraneuses, molles et albumineuses d'abord, se rapprocher d'autant plus de l'organisation du tissu cellulaire qu'on les examine à une époque plus éloignée. Enfin, au bout d'un temps variable et qui est rarement moindre de quelques mois, la transformation celluleuse est complète. On voit alors des lames plus ou moins étroites, et qui font adhérer l'une à l'autre les plèvres costale et pulmonaire dans une partie ou dans la totalité de leur étendue. C'est exclusivement à une pleurésie antérieure qu'il faut rapporter les adhérences partielles ou générales des plèvres qu'on rencontre chez la plupart des adultes et des vieillards. Ces adhérences peuvent devenir consécutivement le siége de toutes les altérations et transformations propres au tissu cellulaire : c'est ainsi qu'on les a vues s'enflammer, se transformer en tissu fibreux, cartilagineux, osseux; enfin elles ont été quelquefois le siége d'épanchements sanguins, de mélanose, de tubercules, de cancer, etc.

Si les adhérences ne sont pas générales, elles circonscrivent des espaces plus ou moins considérables, dans lesquels la plèvre est intacte; et si celle-ci vient à s'enflammer plus tard, l'épanchement séro-albumineux sera comme enkysté : on dit alors que la pleurésie est *partielle* ou *circonscrite*. Cette variété peut exister dans tous les points de la plèvre; mais on la trouve spécialement dans la scissure interlobaire, à la face convexe du diaphragme et à la partie postérieure, inférieure ou latérale de la poitrine. Dans ces espèces de pleurésies, l'épanchement, pour peu qu'il soit abondant, a pour effet constant de refouler fortement le tissu pulmonaire et d'y creuser une cavité : aussi a-t-on souvent cru alors à l'existence d'un abcès du poumon; mais il est pourtant facile d'éviter

l'erreur; car si on évacue le liquide et si on détache la fausse membrane, on reconnaît que la plèvre est intacte au-dessous d'elle, et que le tissu pulmonaire n'a pas été érodé, mais seulement déprimé. Ces pleurésies partielles coexistent souvent avec des tubercules dans les poumons; elles sont peut-être plus souvent chroniques qu'aiguës.

Symptômes. — La pleurésie peut avoir des prodromes; mais son début est ordinairement brusque; il est moins souvent marqué que celui de la pneumonie par un frisson initial. La douleur de côté manque, au contraire, beaucoup plus rarement que dans cette dernière; elle siège presque toujours à la région mammaire; quelquefois elle existe plus inférieurement à la base de la poitrine, ou bien derrière, dans le dos ou les lombes; plus rarement vers l'aisselle. Elle est presque toujours vive, pongitive, déchirante, fixe ou peu mobile, et augmente par la toux, par les inspirations et par la pression intercostale; elle s'accompagne de dyspnée, d'oppression. La respiration est courte, fréquente, anxieuse; il existe aussi une toux sèche et pénible. Si on ausculte alors le côté malade, il peut arriver qu'on trouve déjà le bruit respiratoire plus faible, quoiqu'il ne se soit encore formé aucun épanchement, comme le prouve la percussion, qui donne ici un son tout-à-fait clair. L'affaiblissement du murmure vésiculaire dépend de ce que, en raison de l'intensité de la douleur, les malades dilatent incomplétement la poitrine, et introduisent à chaque inspiration une quantité d'air beaucoup moins considérable que de coutume. Quoi qu'il en soit, une exhalation séro-albumineuse ne tarde pas à se faire. Lorsqu'aucune adhérence ne s'y oppose, le liquide s'épanche dans les points les plus déclives du thorax, c'est-à-dire à la partie postérieure et inférieure, où on constate une diminution de la sonorité, et, si l'épanchement est considérable, une matité plus complète même que celle que l'hépatisation produit. En même temps, le murmure vésiculaire, de plus en plus faible et éloigné de l'oreille, peut cesser d'être perçu. D'autres fois, enfin, le bruit respiratoire est remplacé par un souffle tubaire, analogue à celui que nous avons déjà noté dans les deuxième et troisième degrés de la pneumonie; toutefois ce phénomène, moins constant que dans la pneumonie, n'a lieu, le plus souvent, que d'une manière passagère, et offre communément un timbre moins résonnant; il est aussi moins superficiel que celui qui est produit par l'endurcissement du tissu pulmonaire. Comme ce dernier, on l'entend dans les deux temps de la respiration. Si, en outre, on fait parler le malade pendant que l'oreille est appliquée au niveau de l'épanchement, on sent que la voix retentit différemment, suivant la quantité de liquide extravasé dans la plèvre. Ainsi, lorsque l'épanchement est médiocrement abondant, la voix est aigre, tremblotante, saccadée, et a de l'analogie avec le bêlement d'une chèvre : de là le nom d'*égophonie* que Laënnec a donné à ce phénomène. Ailleurs, c'est un

bruit criard, tout-à-fait semblable à la voix du *Polichinelle* ou au son du *mirliton*. Enfin, dans quelques cas rares, c'est une bronchophonie qui ne diffère en rien de celle qu'on entend dans un poumon hépatisé. Le phénomène de l'égophonie existe rarement dans toute l'étendue de l'épanchement; le plus souvent on le perçoit entre le rachis et l'omoplate, au pourtour de ce dernier, et dans une zone de 6 à 9 centimètres de large, ou bien entre l'omoplate et la mamelle. Il disparaît lorsque l'épanchement diminue ou lorsqu'il devient trop considérable; dans ce dernier cas, en même temps que le son est complétement mat, la voix cesse de retentir, et on finit même par n'entendre aucun bruit naturel ou morbide pendant l'acte de la respiration, excepté pourtant le long du rachis, où on distingue encore le murmure vésiculaire, parce que c'est dans ce point que le poumon se trouve refoulé. Enfin, la main, appliquée au niveau de l'épanchement pendant que le malade parle, ne perçoit plus le frémissement vibratoire des parois thoraciques. Les divers phénomènes fournis par la percussion et par l'auscultation peuvent devenir plus obscurs ou plus évidents, disparaître ou changer de place, lorsque, variant les positions du malade, on force le liquide épanché de se déplacer. Mais cela n'a lieu que dans un très petit nombre de cas, à cause des adhérences qui s'organisent rapidement et qui, circonscrivant l'épanchement en deux, quatre ou six heures seulement, ainsi que je l'ai vu, s'opposent au déplacement du liquide. Une circonstance remarquable, sur laquelle M. Hirtz de Strasbourg a fixé plus particulièrement l'attention, c'est qu'au début il arrive souvent que l'épanchement est étendu en lame, sur une grande surface, aussi le souffle et la matité existent-ils sur une grande étendue; puis on voit tout-à-coup le liquide, abandonnant les parties supérieures, s'accumuler en entier à la base du thorax; mais le poumon supportant alors dans ce point une compression trop forte, les tuyaux aériens sont aplatis, et on cesse d'entendre aucun bruit morbide, tandis qu'au-dessus et dans les endroits où naguère existaient du souffle et de la matité, on entend le murmure vésiculaire, et la percussion y est devenue sonore. Pour compléter l'examen physique, nous dirons que dans les parties du poumon situées au-dessus de l'épanchement, souvent le bruit respiratoire nous a paru très affaibli, si on le compare à celui du côté opposé. De plus, Skoda, de Vienne, a noté que sous la clavicule correspondante on constatait, en même temps qu'un affaiblissement du murmure vésiculaire, une exagération de la sonorité, phénomène que je n'ai pas encore recherché, mais qui a été fréquemment reconnu par le docteur Fauvel, dans le savoir et l'habileté duquel j'ai toute confiance.

En même temps que les signes locaux existent, la pleurésie s'accompagne d'un appareil fébrile plus ou moins intense. Il y a de la soif, de l'inappétence; le malade garde le lit, couché presque toujours sur le dos,

et le plus souvent un peu incliné sur le côté malade. Cependant l'épanchement, continuant à augmenter, peut arriver au point de remplir en entier la cavité thoracique. Dans ce cas, l'oppression est plus considérable; le décubitus sur le côté sain est presque toujours impossible. Les malades restent habituellement couchés sur le dos ou sur le côté affecté. Celui-ci est considérablement dilaté dans ses diamètres transverse et antéro-postérieur. Cette dilatation, qui peut devenir manifeste dès le deuxième jour de la maladie, est surtout marquée dans la région sous-mammaire; les espaces intercostaux sont plus larges, et si le malade est maigre, on peut quelquefois sentir à leur niveau la fluctuation ou un flot de liquide pendant les secousses de la toux. L'ampliation du côté malade se fait aussi aux dépens du côté sain et de la cavité abdominale. C'est ainsi que la pression du liquide peut être assez forte pour déprimer le médiastin et déplacer le cœur, dont on sent quelquefois battre la pointe au-dessus du mamelon droit, et même vers l'aisselle de ce côté. Plus souvent encore le diaphragme est abaissé, et l'on distingue alors au-dessous du rebord costal une tumeur formée par le foie ou par la rate, suivant que l'épanchement siége à droite ou à gauche. Cependant nous avons prouvé à l'anatomie pathologique que le poumon était l'organe qui subissait au plus haut degré les effets de la compression; ainsi nous l'avons vu réduit en un petit volume et relégué dans le fond de la gouttière vertébrale : aussi, dans ces cas, la poitrine rend-elle un son mat jusque sous la clavicule, et nulle part on n'entend de bruit vésiculaire, si ce n'est en arrière, vers la racine du poumon, où le murmure respiratoire est affaibli, et où la percussion donne aussi un peu de sonorité dans l'étendue de quelques centimètres. On peut aussi, dans quelques épanchements considérables, retrouver ces mêmes phénomènes au-dessous de de la clavicule et dans un espace plus ou moins circonscrit, ce qui doit faire admettre alors l'existence d'anciennes adhérences qui, fixant le sommet du poumon à la plèvre costale, l'ont empêché de céder à la compression. D'autres fois, enfin, comme l'a vu M. Andral, le poumon, directement refoulé en arrière et latéralement, reste appliqué sur les côtes, sous forme d'une lame mince. Quand cette disposition existe, le bruit respiratoire, nul antérieurement, est faiblement perçu en arrière. Enfin, on a vu le lobe inférieur retenu en place par d'anciennes adhérences, le liquide être refoulé en haut; le lobe supérieur étant alors seul comprimé, la respiration cesse d'être perçue à ce niveau, tandis qu'elle existe inférieurement. Cette disposition est heureusement fort rare, car elle pourrait rendre le diagnostic très obscur.

Dans ces épanchements qui remplissent tout un côté du thorax, un des poumons cesse d'agir et de servir à l'hématose; mais son congénère semble alors redoubler d'action. Ainsi, en auscultant le côté sain, on trouve une exagération dans l'intensité du murmure vésiculaire : phéno-

mène que Laënnec a désigné sous les noms de *respiration puérile* ou de *respiration supplémentaire.*

Marche, durée, terminaisons. — Lorsque l'épanchement diminue d'abondance, par suite de son absorption, les symptômes généraux s'amendent, la fièvre cesse, le murmure vésiculaire est plus fort vers le long du rachis, là où il n'avait jamais cessé d'être perçu ; puis on commence à l'entendre sous la clavicule et à la partie antérieure, quelques jours après sous l'omoplate ; enfin il reparaît peu à peu, et successivement, de haut en bas. Le retour de la sonorité suit exactement la même progression. Cependant les signes d'épanchement sont, en général, beaucoup plus persistants en arrière et en bas que partout ailleurs. Là, en effet, on constate souvent de la matité et un affaiblissement ou même une absence du murmure vésiculaire, pendant plusieurs mois ou plusieurs années après la guérison de la maladie. Il est même des individus qui conservent pendant tout le reste de leur vie cette inégalité dans la sonorité et l'intensité du bruit respiratoire entre les deux côtés du thorax ; c'est ce qui s'explique par l'accumulation des fausses membranes, leur conversion lente en tissu cellulaire et par la diminution de l'action propre du poumon à la suite de la compression longue qu'il a éprouvée. Quelquefois la diminution de l'épanchement pleurétique est marquée par le retour de l'égophonie (*ægophonia redux*), phénomène qui, perçu les premiers jours de la maladie, avait disparu lorsque l'épanchement était devenu trop considérable. Cependant l'égophonie de retour n'est observée que dans les cas où, la maladie ayant suivi une marche aiguë, le poumon n'a pas subi une compression prolongée ou trop considérable : aussi ce phénomène manque-t-il constamment dans la résorption des épanchements qui se font d'une manière très lente.

Cependant la partie liquide de l'épanchement, ayant été plus ou moins complétement résorbée, permet bientôt le rapprochement des deux feuillets opposés de la plèvre, qui glissent l'un sur l'autre sans produire aucun bruit, si les surfaces sont polies. Mais il n'en est plus de même lorsqu'elles sont hérissées de fausses membranes, surtout si celles-ci sont dures et inégales ; dans ce cas l'auscultation fait entendre surtout pendant l'inspiration, et fréquemment dans les deux temps de la respiration, un bruit particulier, inégal, plus ou moins rude et saccadé, quelquefois perceptible à la main, circonscrit ou étendu à une grande surface, et qui donne à l'oreille la sensation du froissement de deux corps durs passant avec lenteur l'un sur l'autre. On donne à ce phénomène le nom de *bruit de frottement pleurétique ;* c'est le *murmure ascendant et descendant* de Laënnec. Il existe presque toujours à la partie moyenne inférieure ou latérale de la poitrine et presque jamais au sommet. Dans le point où on l'entend, le murmure vésiculaire est diminué, et souvent aussi la sonorité est affaiblie ; quelques malades accusent à ce niveau une

douleur fixe. Enfin, après avoir persisté pendant un ou plusieurs jours, rarement pendant une ou plusieurs semaines de suite, le bruit de frottement disparaît, probablement par suite de l'absorption ou de quelque changement organique survenu dans les fausses membranes. Ce bruit de frottement existe quelquefois primitivement, et est presque le seul signe physique de la pleurésie ; c'est ce qui a lieu dans cette variété d'inflammation pleurale que nous avons nommée *sèche* à cause de l'absence de tout épanchement liquide. Dans quelques cas très rares où l'épanchement se résorbe, on entend encore pendant certaines inspirations un bruit de déplissement, une sorte de râle plus fin que la crépitation de la pneumonie, donnant la sensation du bruit qu'on obtient d'une éponge très fine légèrement imbibée d'eau (Valleix). Ce bruit s'explique par le tiraillement des fausses membranes, ou plutôt par la rentrée de l'air dans les vésicules dont le calibre a été très diminué par la compression. Le liquide pleurétique, au lieu d'être résorbé, est quelquefois évacué par les bronches ou à travers les parois thoraciques; ce mode de terminaison se rencontre plus spécialement dans les pleurésies chroniques et dans certaines pleurésies circonscrites. Nous en parlerons plus tard, et nous ferons connaître en même temps les changements que les épanchements pleurétiques amènent souvent dans la configuration thoracique, changements qui sont assez rares après les pleurésies aiguës. La pleurésie a une durée variable ; elle peut n'être que de cinq à six jours, s'il n'y a qu'une faible exsudation ; mais pour peu que l'épanchement soit abondant, elle dure au moins deux septénaires et souvent trois ou quatre; enfin, quand l'épanchement remplit tout le thorax, il faut souvent plusieurs mois.

La pleurésie aiguë ne se termine presque jamais par la mort lorsqu'elle est franche, qu'elle affecte un sujet bien portant et qu'elle est exempte de complication : nous ne l'avons vue, en effet, avoir ce mode de terminaison que dans un seul cas. Cependant il faut excepter la pleurésie double; car on conçoit que lorsque celle-ci est très étendue, elle s'accompagne d'une grande anxiété, d'une réaction fébrile, intense et d'une gêne extrême dans l'hématose: aussi quelques malades meurent-ils suffoqués. Cependant il est extrêmement rare que dans la pleurésie double l'épanchement soit assez considérable pour produire des accidents aussi fâcheux ; presque toujours, en effet, la pleurésie, très étendue d'un côté, est très circonscrite de l'autre, et souvent même l'épanchement est médiocre dans l'un et l'autre côté.

Variétés. — Les variétés de la pleurésie sont surtout déterminés d'après le siége de la maladie, les causes qui l'ont produite et la nature des symptômes locaux et généraux qui l'accompagnent.

1° *Variétés d'après le siége.* — Nous avons vu que la pleurésie pouvait être double; ses symptômes locaux ne diffèrent pas alors de ceux

qu'on observe dans la pleurésie d'un seul côté. Cependant il est rare qu'il existe une douleur double; peut-être même est-il plus commun de voir ce symptôme manquer complétement. De même que dans la pneumonie, il arrive très rarement que l'inflammation envahisse les deux plèvres à la fois; mais presque toujours la maladie, commençant par l'une d'elles, ne s'étend à l'autre que consécutivement. Les pleurésies partielles sont une des formes les plus remarquables de la maladie; elles le deviennent tantôt par suite d'adhérences antérieures qui circonscrivent une portion de plèvre intacte; d'autres fois la pleurésie reste limitée à un petit espace, quoique rien ne s'oppose à l'extension de l'inflammation. Cela n'a lieu que dans le cas où l'épanchement séro-albumineux s'est produit après que des adhérences se sont formées aux limites de la phlegmasie et l'ont ainsi limitée. Il est beaucoup de pleurésies partielles bornées à un très petit espace qui ne produisent guère d'autres accidents qu'une douleur vive dans un point du thorax, un peu de dyspnée et quelquefois de la fièvre; telle est, par exemple, l'origine de la plupart des points douloureux qu'on observe si souvent dans le cours de la phthisie pulmonaire; dans ce cas il n'y a presque jamais d'épanchement liquide. Parmi les pleurésies partielles, on distingue surtout les pleurésies diaphragmatique, médiastine et interlobaire.

La pleurésie diaphragmatique est la *paraphrénèsie* des anciens médecins, mot d'ailleurs sous lequel étaient confondues plusieurs affections fort différentes. Cette espèce de pleurésie, sur laquelle M. Andral a publié les observations les plus complètes, est remarquable par une douleur vive siégeant le long du rebord cartilagineux des fausses côtes, s'irradiant vers les hypochondres et s'exaspérant par la pression, la toux et les mouvements. En même temps le diaphragme reste immobile, et l'ampliation du thorax se fait exclusivement par le soulèvement des côtes. Mais le symptôme prédominant consiste dans une orthopnée telle, que les malades, dans un état d'anxiété extrême, sont obligés de rester assis sur leur lit le tronc tout-à-fait incliné en avant. Toutefois ce symptôme n'est pas constant; on a encore cité le hoquet, le vomissement et l'ictère comme accompagnant fréquemment la pleurésie diaphragmatique; mais ces accidents paraissent être assez rares. Quant au rire sardonique noté par Boerhaave et Van-Swiéten, on ne l'observe presque jamais. La pleurésie diaphragmatique se termine fréquemment d'une manière funeste en raison des troubles graves qui l'accompagnent.

La pleurésie *médiastine*, c'est-à-dire bornée aux replis de la plèvre qui forment les médiastins et à la partie contiguë de la plèvre pulmonaire, est rare, et il est toujours impossible de la diagnostiquer; il en est de même de la pleurésie *interlobaire*. On peut soupçonner l'une ou l'autre lorsqu'une douleur vive siège profondément dans la poitrine, et s'accompagne d'oppression et de fièvre intense sans que l'auscultation et la

percussion fassent constater une lésion du poumon ou un épanchement dans la plèvre et le péricarde. Ces deux formes de pleurésies circonscrites sont celles dans lesquelles on voit le plus souvent le liquide épanché se frayer une issue à travers le parenchyme pulmonaire et être expulsé par les bronches. La plupart des observations consignées dans les auteurs sous les titres de *vomiques* ou d'*abcès* des poumons évacués au-dehors ne sont autres que des cas de pleurésies circonscrites et surtout des pleurésies interlobaires.

2° *Variétés d'après la nature des causes.* — Nous n'en mentionnerons qu'une seule, c'est celle qui est produite par l'introduction subite dans la plèvre d'un liquide irritant comme celui d'un abcès, d'un kyste, d'un foyer gangréneux des poumons et plus souvent encore d'un tubercule ramolli. Dans ces cas, la pleurésie débute instantanément par une douleur vive intolérable, avec une oppression, une anxiété extrêmes. Comme, dans la plupart de ces cas, il existe une communication entre la cavité des bronches et celle de la plèvre, l'air extérieur s'introduit dans cette dernière cavité, et il en résulte alors divers signes qui sont révélés par l'auscultation et par la percussion. Nous les ferons connaître en traitant de l'*Hydro-pneumo-thorax*. Cette espèce de pleurésie a une marche rapide et une terminaison toujours funeste.

3° *Variétés d'après la nature des symptômes locaux ou généraux.* — La pleurésie ne se présente pas toujours avec l'ensemble des symptômes que nous avons indiqués précédemment. Ainsi la douleur, au lieu d'être vive, déchirante, est souvent obtuse; quelquefois elle manque tout-à-fait; la fièvre peut être nulle, et la maladie n'est alors annoncée que par la dyspnée et une accélération des mouvements respiratoires; quelquefois même ces deux symptômes manquent. Les anciens disaient alors que la pleurésie était *latente;* mais aujourd'hui on ne doit donner ce nom qu'aux pleurésies qui, en raison de leur siége, ne se révèlent par aucun des signes physiques fournis par la percussion et par l'auscultation; telles seraient les pleurésies médiastines diaphragmatiques et interlobaires. Relativement aux symptômes généraux, on pourrait admettre, pour la pleurésie, les mêmes variétés que nous avons reconnues pour la pneumonie : aussi n'y insisterons-nous pas, attendu que, sous le rapport du diagnostic, elles ne présentent aucune différence avec les pleurésies simples.

Complications. — La pleurésie peut coïncider avec la plupart des autres maladies aiguës et chroniques; il est inutile de les énumérer, mais nous devons nous arrêter un instant sur les cas très fréquents où la pleurésie complique la pneumonie.

Lorsque la pneumonie coexiste avec un épanchement pleurétique assez considérable, on dit qu'il y a *pleuro-pneumonie*. Dans ce cas, les deux altérations peuvent exister dans des points diamétralement opposés,

et alors chacune d'elles se montre dans son étendue respective avec les symptômes qui lui sont propres. Mais le plus souvent la pneumonie et l'épanchement existant simultanément dans le même point, c'est-à-dire à la base, on voit alors tantôt les symptômes de l'une de ces affections prédominer; d'autres fois ils se confondent ou sont plus ou moins modifiés les uns par les autres. Ainsi, lorsque l'épanchement est très abondant, il masque plus ou moins complétement les divers bruits morbides qui caractérisent l'engouement et l'hépatisation. Si, au contraire, l'épanchement est moins considérable, on perçoit profondément la crépitation; mais la percussion donne dans les points correspondants un son plus complétement mat que dans les engouements inflammatoires simples. Dans les cas d'ailleurs où l'abondance de l'épanchement obscurcit ou empêche la production du râle crépitant, il suffit de déplacer le liquide en donnant une position convenable au malade pour voir le bruit morbide être aussitôt perçu d'une manière distincte. Enfin, dans les cas dont je parle, le retentissement de la voix est nul, ou, lorsqu'il existe, il semble être à la fois un mélange d'égophonie et de bronchophonie : aussi a-t-on désigné ce phénomène sous le nom de *broncho-égophonie*. J'ai démontré ailleurs que l'épanchement pleural dans la pneumonie ne paraît ni modérer ni circonscrire l'inflammation pulmonaire; il n'abrège pas non plus la période aiguë de la maladie, comme on l'a cru pendant longtemps. (Voir mon *Traité de la pneumonie*, p. 362.) Pour la complication de la pleurésie avec les tubercules (Voir *Phthisie pulmonaire*).

Diagnostic. — La pleurésie ne pourrait être confondue qu'avec la pneumonie, avec laquelle elle a comme symptômes communs, la douleur de côté, la dyspnée, l'oppression, la toux, l'accélération de la respiration, la matité, le souffle, la bronchophonie et la fièvre. Mais, indépendamment des crachats rouillés et de la crépitation fine et sèche qui n'appartiennent qu'à la pneumonie, on pourra, en l'absence même de ces deux symptômes, distinguer ces deux affections l'une de l'autre en considérant que dans la pleurésie, la fièvre, la prostration des forces, l'altération des traits, ne sont pas toujours en rapport, comme pour la pneumonie, avec l'étendue de la matité. Ainsi, on voit fréquemment des épanchements qui remplissent la moitié, les deux tiers ou la totalité même d'un côté de la poitrine, et qui n'excitent pourtant qu'une fièvre médiocre, tandis qu'une altération aussi étendue du poumon s'accompagnerait des accidents les plus graves. Cependant, dans les deux ou trois premiers jours d'une pleurésie, les symptômes peuvent être assez graves pour pouvoir quelquefois faire supposer l'existence d'une pneumonie. Toutefois, si on constatait alors une matité complète avec souffle et bronchophonie ou absence de tout bruit naturel ou morbide, on devrait diagnostiquer une pleurésie, sinon comme maladie unique, du moins comme maladie prédominante; car, dans l'hypothèse

d'une pneumonie, il faudrait supposer que dans l'espace de quelques jours la phlegmasie, ayant envahi simultanément une grande surface, est parvenue partout au même degré, puisqu'il n'existe nulle part de crépitation. Or, ce cas, sans être absolument impossible, est du moins excessivement rare. Ajoutons encore que les signes physiques qui sont communs à la pleurésie et à la pneumonie présentent certaines nuances suivant qu'on les observe dans l'une ou l'autre affection. Ainsi, dans la pleurésie, la matité est plus complète et l'élasticité est plus complétement abolie que dans l'hépatisation; le souffle, dans la première, est aussi moins éclatant; il est ordinairement voilé, étouffé; enfin nous avons vu que quelquefois on pouvait diminuer, faire disparaître ou changer de place ces divers phénomènes, en déplaçant l'épanchement par des positions variées données aux malades. La pleurésie n'a aucun signe pathognomonique; on a tort d'indiquer comme tel l'égophonie, car j'ai prouvé (p. 508 de mon Traité) que ce signe se rencontrait quelquefois dans les indurations pulmonaires simples. Il faut savoir, en outre, qu'il est des individus, les vieilles femmes surtout, dont la voix naturellement tremblante et aigre produit, lorsqu'on ausculte la poitrine, le phénomène de l'égophonie. Pour que ce signe ait de la valeur, il faudra qu'il coïncide avec de la matité, qu'il soit très marqué et susceptible de se modifier et de se déplacer par les positions imprimées au corps. Nous avons vu que la respiration bronchique et la bronchophonie pouvaient être aussi bien l'effet d'un épanchement que d'une hépatisation. Cependant, comme ce signe est presque constant dans la pneumonie et qu'il manque dans beaucoup de pleurésies, on devra, toutes les fois qu'il existe, redoubler d'attention, et rechercher avec le plus grand soin si le tissu pulmonaire lui-même n'est pas induré. Enfin, les épanchements pleurétiques diffus ou circonscrits qui se sont vidés au-dehors à travers le parenchyme pulmonaire, sont souvent confondus avec les abcès mêmes du poumon. Pour arriver alors au diagnostic différentiel, il faudra comparer la marche des affections, et voir surtout la différence qui existe entre les symptômes qui sont communs à l'une et à l'autre. Ainsi, la quantité du pus n'est pas la même dans les deux cas; car, dans les abcès, il est rare qu'elle s'élève à 300 grammes, tandis que dans la pleurésie elle est deux ou trois fois plus abondante. Dans les premiers aussi, le pus est communément épais, phlegmoneux, homogène, tandis qu'il est séreux, floconneux, dans la seconde, et exhale, le plus souvent alors, une odeur fétide ou alliacée. Il est inutile de dire qu'il n'existe aucun signe pour reconnaître la nature du liquide épanché dans la plèvre. Tout ce que Laënnec a dit, comme pouvant caractériser la pleurésie hémorrhagique, n'a pas été confirmé par l'observation.

Pronostic. — La pleurésie simple, dit M. Louis, survenant chez un sujet bien portant, se termine presque toujours par la guérison. Il faut

en excepter la pleurésie double, lorsquelle est très étendue, et la pleurésie diaphragmatique, que nous avons vue avoir quelquefois une issue funeste.

Etiologie. — La pleurésie, quoique fréquente à tous les âges, est cependant plus commune dans la jeunesse et à la période moyenne de la vie. Comme la pneumonie, elle nous paraît plus fréquente chez l'homme, et siéger aussi plus souvent à droite qu'à gauche. L'influence des constitutions est encore inconnue. Comme la plupart des maladies aiguës, la pleurésie survient ordinairement sans le concours d'aucune cause déterminante appréciable. Elle a quelquefois succédé à une contusion, plus souvent à l'impression du froid. Enfin, l'inflammation de la plèvre se déclare souvent comme maladie secondaire dans le cours de diverses affections : ainsi elle vient compliquer, surtout parmi les affections aiguës, la pneumonie, la péritonite puerpérale, les résorptions purulentes, le rhumatisme articulaire fébrile et la pleurodynie. Pour les maladies chroniques, on la rencontre spécialement dans la phthisie pulmonaire, la néphrite albumineuse et les affections organiques du cœur.

Traitement. — Le traitement antiphlogistique, dont l'énergie est proportionnée à l'étendue de la maladie et à l'intensité de la fièvre, est le seul qu'il convienne d'employer au début de l'affection; des faits nombreux ont, au contraire, démontré l'inutilité de la médication contro-stimulante (*émétique à haute dose*, etc.). Les saignées générales seront utilement combinées avec les saignées locales, sangsues ou ventouses. En même temps, les malades observeront un repos absolu; ils seront soumis à une diète sévère et à l'usage de boissons délayantes. On pourra, surtout chez les enfants, employer avec avantage de larges cataplasmes émollients sur la poitrine, car ils modèrent en général la douleur et l'oppression; enfin on entretiendra la liberté du ventre par des lavements et des laxatifs doux. A l'état aigu, il est quelques symptômes contre lesquels il faudra diriger une médication spéciale : ainsi une douleur de côté trop vive ou une toux opiniâtre indiquent l'emploi des préparations opiacées. Lorsque la fièvre est tombée, et que, nonobstant cette amélioration, l'épanchement reste stationnaire, on devra essayer d'en provoquer la résorption en excitant la plupart des sécrétions naturelles : c'est dans ce but qu'il convient d'administrer les diurétiques, tels que la poudre de digitale, de 25 milligrammes à 30 centigrammes; le nitre, à la dose de 1 à 20 grammes; l'acétate de potasse, à une dose de 20 à 60 grammes; les purgatifs salins et hydragogues, les sudorifiques, et parmi ces derniers les bains de vapeur, comme étant les plus énergiques. Presque toujours alors on applique sur le côté du thorax, siége de l'épanchement, un ou plusieurs vésicatoires volants ou à demeure, moyen dont l'efficacité est réelle, mais seulement dans quelques cas. Enfin, lorsque les vésicatoires échouent et que la maladie

est devenue chronique, on aura recours au traitement que nous allons mentionner en traitant de la pleurésie chronique.

DE LA PLEURÉSIE CHRONIQUE.

La pleurésie chronique est fréquente, soit comme maladie primitive, et plus souvent encore comme succédant à la forme aiguë. Comme celle-ci, elle peut être générale ou partielle.

Caractères anatomiques. — Dans la pleurésie chronique, on trouve, comme à l'état aigu, la plèvre injectée renfermant des fausses membranes mêlées à un liquide. Mais l'injection est ordinairement plus intense; il semble parfois qu'elle a pénétré le tissu même de la plèvre, qui nous a paru en outre plusieurs fois manifestement épaissie. Les concrétions pseudo-membraneuses sont aussi plus épaisses et plus friables, et se réduisent souvent entre les doigts en une matière pulpeuse, opaque, purulente. Le liquide épanché est rarement citrin, limpide; il est presque toujours opaque, laiteux, ou tout-à-fait purulent. Il exhale une odeur fade, alliacée, ou quelquefois fétide, surtout s'il existe une fistule pulmonaire : dans ce cas, on trouve en outre dans la plèvre une certaine quantité de gaz. Le liquide existe en général en proportion considérable : aussi trouve-t-on communément le côté du thorax très dilaté, le médiastin, le cœur et le diaphragme refoulés ou déviés, enfin le poumon tellement atrophié qu'il présente à peine une épaisseur de 9 à 14 millimètres; il est recouvert de fausses membranes très épaisses : c'est ce qui explique l'erreur de quelques auteurs anciens, qui ont supposé que dans ces cas le poumon avait été détruit par la suppuration. Enfin la pleurésie chronique coexiste très fréquemment avec des tubercules; ceux-ci existent dans les poumons, et fréquemment aussi dans les fausses membranes de la plèvre.

Symptômes. — La pleurésie chronique a les mêmes signes physiques que la pleurésie aiguë; cependant l'égophonie est un phénomène rare; elle doit exister pourtant à l'époque où l'épanchement est encore peu abondant; mais dès que la quantité du liquide est devenue considérable, on constate une matité complète, avec absence à l'auscultation de toute espèce de bruit naturel ou morbide, soit pendant l'inspiration et l'expiration, soit encore lorsque le malade tousse ou parle. Enfin c'est surtout dans les pleurésies chroniques qu'on trouve une ampliation d'un des côtés de la poitrine. Celui-ci semble immobile pendant les mouvements respiratoires, tandis que le côté sain se dilate comme de coutume; en même temps les malades éprouvent une toux plus ou moins fréquente, de l'oppression; ils sont essoufflés, surtout quand ils remuent; ils restent habituellement couchés sur le dos ou sur le côté affecté; toute autre position est impossible, ou ne peut être conservée que

momentanément. Il est fort rare, en effet, que le décubitus soit indifférent, il est plus rare encore qu'il n'ait lieu que sur le côté sain, comme Morgagni en a rapporté un exemple d'après Valsalva. Les symptômes généraux et sympathiques diffèrent, suivant la période de la maladie, son mode d'origine et la cause qui l'a produite ou qui l'entretient : ainsi lorsque la pleurésie est chronique d'emblée ou primitivement, elle ne s'annonce ordinairement par aucune douleur locale; la fièvre manque aussi complétement; les malades accusent seulement une toux sèche; ils sont oppressés, gênés quand ils respirent; ils éprouvent un état de malaise; ils perdent l'appétit et les forces; ils maigrissent et pâlissent. Lorsqu'au contraire la pleurésie n'est chronique que consécutivement à l'état aigu, on voit la douleur et la fièvre diminuer ou même cesser tout-à-fait; tandis que les signes physiques démontrent que l'épanchement reste stationnaire, et que même il augmente. Quelle que soit son mode d'invasion, si la pleurésie se rattache à l'existence de tubercules pulmonaires, l'amaigrissement fait des progrès rapides, la fièvre hectique survient bientôt; il y a des sueurs nocturnes et du dévoiement. La plupart de ces accidents peuvent se rencontrer aussi chez quelques individus non tuberculeux, lorsque l'épanchement pleural est tout-à-fait purulent.

Durée, terminaisons. — La pleurésie chronique a une durée toujours longue et tout-à-fait indéterminée; elle persiste ordinairement pendant deux, trois ou quatre mois; il n'est pas rare qu'elle se prolonge pendant six mois, et peut même durer un ou deux ans. Elle se termine par la guérison ou par la mort.

Si la maladie a une issue funeste, on voit les malades s'affaiblir de plus en plus; l'œdème, d'abord limité aux parois de la poitrine, gagne bientôt le reste du corps; enfin les malades succombent avec tous les symptômes de la fièvre hectique. Si au contraire la pleurésie a une heureuse terminaison, les symptômes généraux s'amendent avant même que l'auscultation et la percussion fassent reconnaître aucun changement favorable dans l'état de la poitrine. Bientôt pourtant la matité diminue, l'expansion pulmonaire se perçoit de haut en bas, sans jamais être précédée par l'*égophonie de retour*. Cependant le poumon, qui a été longtemps comprimé par l'épanchement, ne peut plus, lorsque celui-ci est résorbé, reprendre son volume primitif. Il existerait donc un espace vide dans la poitrine, s'il n'était comblé par des changements survenus dans les parois thoraciques, changements que Laënnec a décrits avec sa précision ordinaire. Ce grand observateur a démontré que le poumon ne pouvant se dilater suffisamment, les côtes se rapprochent de lui, et comblent ainsi l'espace que la résorption du liquide a laissé vide. Les espaces intercostaux diminuent; les côtes rentrent en dedans et s'arrondissent : il en résulte alors un rétrécissement plus ou moins con-

sidérable, et qu'il est aisé de constater. L'inspection fait, en effet, reconnaître une inégalité dans les deux côtés du thorax, et leur mensuration comparative prouve qu'il existe souvent entre eux une différence de 3 centimètres dans le diamètre transverse. Le côté rétréci est aussi plus court; l'épaule est plus basse; le mamelon déprimé est situé plus bas que celui du côté opposé; les muscles, et surtout le grand pectoral, semblent atrophiés; souvent la colonne épinière finit par se fléchir, et forme une courbure dont la concavité est tournée du côté malade : aussi ces individus semblent penchés sur le côté affecté; c'est ce qui donne à leur démarche quelque chose d'analogue à la claudication. Chez la plupart d'entre eux, le côté rétréci offre pendant tout le reste de la vie un son plus ou moins obscur; le bruit respiratoire y est faible ou nul. Lorsque le rétrécissement est porté à ce point, il est rare que les malades reprennent leur état primitif de santé : ils restent, en effet, plus ou moins débiles; ils s'essoufflent facilement, et n'ayant presque qu'un seul poumon, il s'ensuit que les maladies de poitrine sont plus incommodes et plus graves chez eux. Cependant le rétrécissement de la poitrine est rarement porté à ce degré, et dans la plupart des cas il n'est que partiel et borné au quart ou au cinquième inférieur; là, la percussion est ordinairement moins sonore, et le bruit respiratoire s'y entend plus faible que partout ailleurs. Quelle que soit d'ailleurs son étendue, cette lésion est persistante; elle est presque toujours indélébile; toutefois M. Chomel a rapporté une observation curieuse, et peut-être unique dans la science, qui prouve que la poitrine, considérablement rétrécie à la suite d'une pleurésie chronique, pouvait reprendre après plusieurs années ses dimensions premières, et que, dans les cas où un côté se rétrécit par suite de la compression et de l'atrophie du poumon qui y est contenu, l'autre côté peut s'agrandir, comme pour suppléer à l'impuissance de son congénère, conformément du reste aux lois connues de la physiologie pathologique. Si on examine quel est l'état du poumon dans ces rétrécissements de la poitrine, on trouve que l'organe adhère aux côtes à l'aide d'un tissu fibro-cartilagineux très résistant; le tissu pulmonaire est flasque, rougeâtre, semblable à de la chair musculaire. Cette organisation, dans laquelle l'état celluleux du poumon est devenu moins évident, explique, plus encore que les fausses membranes qui doublent la plèvre, la faiblesse du bruit respiratoire.

Au lieu d'être résorbé, le liquide épanché peut se faire jour à l'extérieur. Ainsi, nous avons déjà vu que l'épanchement pouvait être évacué par les bronches à la suite d'une perforation du parenchyme pulmonaire. Dans quelques cas plus rares, le liquide s'écoule à travers les parois thoraciques, à la suite d'un abcès formé dans leur épaisseur, et qui, lors de son ouverture à la peau, laisse échapper une quantité de pus disproportionnée avec son volume; dans ce cas l'écoulement du liquide est

provoqué, et quelquefois même n'a lieu que dans l'inspiration ou pendant les secousses de la toux. Ces deux modes d'évacuation qu'on a parfois observés simultanément chez le même individu, ont presque toujours été suivis d'une issue funeste lorsque la pleurésie était générale, tandis que la guérison survient communément dans les cas où l'épanchement est partiel. On peut encore ici observer le rétrécissement du thorax comme lorsque la guérison a lieu par résorption.

On conçoit que lorsque la pleurésie se termine par des adhérences générales entre les deux feuillets de la plèvre, qu'il y ait ou non rétrécissement du thorax, toute récidive est devenue impossible, puisqu'il n'existe plus, à proprement parler, de cavité pleurale.

Diagnostic. — La pleurésie chronique est une maladie facile à reconnaître; cependant, lorsqu'elle est partielle, elle pourrait être confondue avec une pneumonie chronique ou avec le développement d'une tumeur solide dans la poitrine; car, dans tous ces cas, il existe de la matité avec absence complète de toute espèce de bruit naturel ou morbide. Il n'y a aucun moyen d'éviter l'erreur, à moins pourtant que l'absence d'adhérences (chose peu probable) permît, en variant les positions des malades, de déplacer l'épanchement. Cependant la pneumonie chronique, et surtout les tumeurs solides des plèvres, sont des affections tellement rares que, lorsqu'on observe les symptômes précédemment indiqués, on ne doit pas hésiter à diagnostiquer presque à coup sûr un épanchement pleurétique. Ajoutons que la pneumonie chronique, bornée à un seul lobe, peut déterminer la consomption et la mort, tandis qu'une pleurésie chronique, bornée à la moitié inférieure, si elle est sans complication turberculeuse, a très rarement un pareil effet.

Pronostic. — La gravité du pronostic est proportionnée à l'abondance de l'épanchement, à l'ancienneté de la maladie, à la résistance qu'elle a opposée aux remèdes employés. L'amaigrissement et la fièvre hectique sont des symptômes du plus fâcheux augure. Le pronostic de la pleurésie chronique est toujours grave, en raison surtout de sa coïncidence fréquente avec les tubercules. Si la pneumonie aiguë a assez rarement pour effet d'activer la production et la marche des tubercules, il n'en est plus de même de la pleurésie; car, ainsi que je l'ai constaté souvent, celle-ci, quoique guérissant fréquemment dans ces conditions fâcheuses, n'empêche pas, à mesure que le liquide se résorbe et que le thorax se rétrécit, que la phthisie ne fasse ordinairement des progrès incessants et parfois assez rapides.

Etiologie. — On ne sait rien encore de précis sur les causes prédisposantes ou efficientes de la pleurésie chronique primitive. La pleurésie aiguë passe surtout à l'état chronique lorsque le traitement a été insuffisant ou irrationnel, lorsque les individus sont débilités, cacochymes, et surtout lorsqu'ils sont tuberculeux.

Traitement. — Dans la pleurésie chronique, les émissions sanguines sont rarement utiles, excepté pourtant dans les cas où le sujet est robuste. Les saignées locales, faites surtout à l'aide des ventouses, sont généralement préférables. Le moyen le plus efficace de traitement consiste à appliquer des exutoires en plus ou moins grand nombre sur la poitrine. Les vésicatoires n'ayant pas assez d'énergie, il faut leur préférer le cautère, le moxa ou le séton. On aidera leur action par quelques diurétiques ou par des purgatifs doux, si l'état du tube digestif permet d'opérer sur lui une dérivation. On soutiendra les forces par une alimentation convenable, et on placera les malades dans les conditions hygiéniques les plus favorables. Cependant, lorsque, loin de voir la résorption opérer, on voit, au contraire, l'épanchement s'accroître, lorsque la fièvre hectique mine peu à peu la constitution du malade, lorsque surtout il y a une oppression habituelle, on a proposé de pratiquer une issue artificielle au liquide, à travers les parois thoraciques; c'est ce qui constitue l'*opération de l'empyème*. Quel que soit le procédé qu'on adopte, qu'on évacue le liquide par une large incision ou par une simple ponction dans un des espaces intercostaux (ce qui nous paraît généralement préférable), on ne peut guère considérer l'opération de l'empyème que comme un moyen palliatif; car le poumon, réduit à un petit volume, bridé de toutes parts par de fausses membranes, ayant perdu toute son élasticité et sa force expansive, ne peut presque plus se laisser pénétrer par l'air; c'est d'ailleurs ce dont on peut se convaincre lorsqu'on essaie d'insuffler sur le cadavre un poumon ainsi atrophié; les plus grands efforts suffisent à peine pour y faire pénétrer une quantité d'air extrêmement minime. Cette cause, et la persistance de l'altération de la plèvre, expliquent suffisamment pourquoi l'opération de l'empyème est presque toujours suivie d'insuccès.

INFLAMMATIONS DES ORGANES DE LA CIRCULATION.

Les différents organes qui servent à la circulation artérielle, veineuse et lymphatique sont susceptibles de s'enflammer. Il est probable qu'il est de même pour les vaisseaux capillaires; mais leur ténuité nous a empêché jusqu'à présent de constater les désordres que l'inflammation doit y produire. Nous allons examiner successivement l'inflammation dans les enveloppes du cœur et dans le cœur lui-même, dans les artères, les veines, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques.

DE LA PÉRICARDITE.

Le mot *péricardite* sert à désigner l'inflammation du feuillet séreux du péricarde.

Historique. — Tout-à-fait inconnue des médecins anciens, la péricardite ne fut guère mentionnée qu'à dater du XIIe siècle. Il faut pourtant arriver jusqu'à Sénac pour trouver un commencement de description que Corvisart perfectionna, mais qui était néanmoins tellement incomplet, surtout sous le rapport symptomatique, que Laënnec, à la fin de sa carrière, prétendait qu'on ne pouvait encore *diagnostiquer*, mais seulement *deviner* la péricardite. Cette proposition n'est plus exacte aujourd'hui ; car, depuis les recherches de MM. Louis, Andral, Bouillaud, Piorry, Collin, Hache en France, Stokes et Lathan en Angleterre, le diagnostic de l'inflammation du péricarde est possible dans le plus grand nombre des cas.

Divisions. — La péricardite est *aiguë* ou *chronique*, *partielle* ou *générale*.

Anatomie pathologique. — Les lésions cadavériques varient suivant l'époque à laquelle la mort survient. Si les malades succombent peu de temps après le début de l'affection, on ne trouve sur le péricarde qu'une rougeur plus ou moins vive, ponctuée ou disposée par plaques, et qui dépend d'une injection qui siège plutôt dans le tissu cellulaire que dans le feuillet séreux lui-même. Celui-ci d'ailleurs a conservé son épaisseur et sa transparence ; mais on le détache plus facilement, sans qu'il soit devenu pourtant plus cassant ni plus friable. D'autres fois sa surface semble dépolie ; elle est aussi presque sèche ou poisseuse. A une époque un peu plus avancée, on trouve un épanchement formé par des flocons albumineux et par une sérosité louche, opaque ou rougeâtre, quelquefois tout-à-fait sanguinolente (*péricardite hémorrhagique.*) Enfin l'épanchement est quelquefois blanc, homogène et tout-à-fait purulent. Cet épanchement, qui est communément de 60 à 120 grammes, peut s'élever à 1, 2 ou 3 kilogram. (Louis, J. Frank), ce qui produit alors une extrême distension du péricarde, qui refoule dans ce cas les poumons et déprime le diaphragme. Quelquefois on ne trouve plus d'épanchements séreux, mais seulement des concrétions albumineuses, les unes libres, flottantes, les autres disposées plus ou moins inégalement sur les deux surfaces du péricarde, et spécialement sur le feuillet cardiaque. Elles ont depuis un 1/2 millimètre jusqu'à 27 millimètres d'épaisseur. Leur surface est très rarement unie, mais presque toujours elle est inégale : tantôt elle est réticulée, et ressemble à la surface d'un gâteau de miel, ou bien elle offre des saillies qui l'ont fait comparer au second estomac des ruminants, à une langue de chat, à un ananas ou à une pomme de pin, etc. ; comparaisons qui sont parfaitement justes. Cette disposition si remarquable des fausses membranes, et qu'on ne retrouve nulle autre part, dépend probablement des mouvements continuels et alternatifs du cœur. A une époque encore plus éloignée du début, on ne trouve plus de liquide, ou bien il n'existe qu'un peu de sérosité ; les

surfaces opposées du péricarde adhèrent entre elles par des filaments celluleux; quelquefois même l'adhérence est tellement intime qu'il n'y a plus de cavité, et trop souvent on a cru alors à une absence du péricarde. Les fausses membranes ont plus ou moins de consistance; elles peuvent être celluleuses, fibreuses, cartilagineuses et même osseuses; mais, le plus souvent, elles sont résorbées avant qu'elles aient subi ces diverses transformations. Cependant il est rare qu'elles disparaissent tout-à-fait, et ordinairement il reste à la place qu'elles ont occupée une teinte blanche, opaline, de grandeur variable, connue en anatomie pathologique sous les noms de *taches* ou de *plaques laiteuses*. Ce serait pourtant une erreur de croire que ces taches indiquent constamment une péricardite antérieure. Les unes ont bien évidemment cette origine, et quelle que soit leur ancienneté, on peut les disséquer, les séparer tout-à-fait du péricarde, qu'on trouve intact au-dessous d'elles. Mais le plus grand nombre d'entre elles, loin de dépendre d'un produit de sécrétion concrété à la surface libre de la séreuse, proviennent, au contraire, d'une transformation lente de cette membrane, qui perd graduellement son épaisseur et sa transparence normales (Bizot). La péricardite chronique est toujours générale (Laënnec). Le péricarde est alors plus rouge que dans la forme aiguë; l'épanchement est souvent formé par un liquide purulent; les fausses membranes sont plus consistantes, et quelquefois on y a trouvé des dépôts de matière tuberculeuse.

Dans la péricardite aiguë ou chronique, le cœur peut conserver son volume. Si l'épanchement albumineux ou séreux a été très abondant, l'organe est revenu sur lui-même; il a subi un commencement d'atrophie probablement par suite de la compression qu'il a subie. Dans d'autres cas, les parois sont hypertrophiées, et les cavités dilatées, ou bien le tissu est ramolli, pâle, décoloré, comme macéré. L'endocarde est généralement intact; mais quelquefois il est enflammé; les valvules sont épaissies, et les cavités contiennent des concrétions sanguines.

Symptômes. — La péricardite survient tantôt au milieu d'une santé parfaite et tantôt dans le cours d'une autre affection (rhumatisme, pleurésie, pneumonie, etc.). Dans le premier cas on peut observer les prodromes ordinaires de la plupart des maladies aiguës. Le début est souvent marqué par un frisson plus ou moins intense, et dans quelques cas rares par une syncope. Plus de la moitié des malades acusent une douleur peu vive, quelquefois obtuse, d'autres fois déchirante, augmentant par la toux et par la pression, et qui siège ordinairement au-dessus et en dedans du mamelon gauche; dans quelques cas elle est bornée à la moitié gauche de l'épigastre; elle s'aggrave lorsqu'on presse dans la direction du péricarde. Plus des deux tiers des malades éprouvent des palpitations intermittentes, revenant surtout pendant la nuit, tantôt spontanées, tantôt provoquées par les mouvements, la fatigue ou les émotions morales.

Ce symptôme, généralement peu incommode, passe souvent inaperçu. Les lipothymies, les syncopes, qu'on a longtemps considérées comme un accident fréquent de la péricardite, sont au contraire fort rares, car elles ont à peine lieu dans un dixième des cas, et n'arrivent généralement qu'à une période avancée ou dans les cas compliqués. Chez presque tous les sujets on observe, dès le début de l'affection, de la dyspnée, de l'oppression, une accélération des mouvements respiratoires dont le nombre s'élève le plus souvent entre vingt-quatre et quarante. Enfin il y a communément une toux sèche sans altération du bruit respiratoire; cette toux peut s'expliquer, avec M. Louis, par la compression que le péricarde exerce sur le poumon gauche. La maladie a, en effet, à peine quelques jours de durée que déjà un épanchement assez considérable existe dans le péricarde et donne lieu à des phénomènes qui seuls peuvent la caractériser. Ainsi M. Louis a démontré, il a y bientôt vingt ans, que, par suite de l'épanchement qui se formait dans le péricarde, la région précordiale donnait à la percussion un son mat qui était proportionné à l'abondance de l'épanchement, et dont on peut souvent varier l'étendue d'après les positions qu'on fait prendre aux malades. La connaissance de ce dernier fait appartient à M. Piorry. Lorsque le liquide existe en quantité assez considérable, il produit en outre une voussure de la région précordiale, et cette saillie assez uniforme, que M. Louis a fait connaître le premier, s'élève quelquefois jusqu'à la première ou même jusqu'à la deuxième côte. L'oreille, appliquée à ce niveau, constate l'absence du bruit respiratoire à cause du refoulement que les poumons ont subi. Les battements du cœur ne sont plus superficiels, mais profonds, et évidemment séparés de l'oreille par un corps intermédiaire. Ils sont en outre d'une force inégale et souvent masqués par des bruits anormaux dont les uns se passent dans le cœur lui-même, ce sont les bruits de souffle ou de râpe; et dont les autres ont lieu dans le péricarde, ce sont les bruits de frottement, dont la force et la rudesse sont en rapport avec l'épaisseur, la densité et les inégalités des fausses membranes qui les produisent. Ainsi au début, c'est un simple frôlement; plus tard, ce frôlement est plus fort; il imite alors le bruit du cuir neuf, et peut même simuler le bruit rude d'une râpe; dans ces cas l'application de la main à la région précordiale fait percevoir souvent un frémissement particulier. Toutes ces variétés ou nuances du bruit de frottement, et d'autres encore, peuvent se succéder ou coexister ensemble; mais alors elles sont perçues dans des points différents de la région précordiale. En général, les diverses variétés de frottement accompagnent les deux bruits du cœur; ils sont communément plus marqués dans la diastole que dans la systole; ils sont continus ou intermittents; ils deviennent surtout intenses lorsque le liquide est peu abondant : néanmoins ils peuvent encore exister lorsque celui-ci se trouve en quantité considérable. Ces

bruits morbides s'expliquent, ceux du péricarde par le frottement des surfaces, rendues inégales par des fausses membranes, et ceux du cœur par une altération des valvules, par la compression que l'épanchement exerce et qui rétrécit les cavités, ou bien encore, avec Hope, par la violence avec laquelle le cœur se contracte.

La péricardite s'accompagne d'un état fébrile plus ou moins intense; dans les cas simples, il est rare qu'on compte plus de cent pulsations; le pouls a généralement de l'ampleur; parfois il est petit, faible, irrégulier. On a eu tort de considérer longtemps l'irrégularité du pouls comme un symptôme ordinaire de la péricardite simple, puisqu'en effet il n'existe guère que dans un cinquième des cas, et ordinairement d'une manière passagère. Enfin au début les malades accusent de la céphalalgie; leur sommeil est souvent pénible, interrompu par des réveils en sursaut; il y a rarement du délire. L'appareil digestif ne présente, en général, d'autres troubles que de l'inappétence et une augmentation de la soif; les forces sont peu prostrées, quoique la plupart des malades soient contraints de garder le lit. Enfin dans quelques cas on observe un peu d'infiltration séreuse à la face ou aux membres inférieurs.

Marche, durée, terminaisons. — La péricardite peut suivre une marche rapide et se terminer par la mort au bout d'un ou quelques jours. Dans ces cas, il y a une dyspnée croissante, un désordre considérable dans les battements du cœur, une altération profonde des traits, de l'œdème; la vie se termine souvent alors d'une manière inopinée et dans une syncope. Cependant, dans la plupart des cas, et quelle que soit d'ailleurs la terminaison de la maladie, la péricardite suit une marche moins rapide : elle a, en général, une période d'accroissement qui dure de six à huit jours; puis, après être restés quelques jours stationnaires, on voit les accidents s'amender; la voussure diminue; la matité occupe un plus petit espace; la fièvre se calme, et la convalescence s'établit entre le quinzième et le vingtième jour. Dans les cas plus graves, celle-ci est plus tardive; elle peut se faire attendre un mois ou six semaines. Le rétablissement est, en général, complet; d'autres malades restent longtemps souffrants, oppressés. Nous en avons vu plusieurs chez lesquels une lésion organique a fini par se développer. La péricardite peut, en effet, être une cause plus ou moins prochaine de lésions graves du côté du cœur; c'est ce qu'on observe surtout lorsque l'inflammation a produit des adhérences générales entre les feuillets pariétal et viscéral du péricarde. Il résulte, en effet, des recherches de M. Beau que, dans les cinq sixièmes des cas où ces adhérences ont existé, il y avait une augmentation considérable du volume du cœur dépendant de la dilatation des cavités et de l'hypertrophie des parois. Cependant, en somme, ces adhérences ne diminuent guère les chances de longévité, quoi qu'on en ait

dit (1). Il n'existe aucun signe qui puisse faire reconnaître ou même soupçonner pendant la vie les adhérences partielles ou générales du péricarde; mais il paraît, d'après un fait observé par M. Barth, et d'après cinq ou six autres recueillis postérieurement par M. Bouillaud, qu'à la suite d'une péricardite guérie et terminée par des adhérences, la région précordiale peut offrir une dépression, une sorte de rétrécissement suivant le diamètre antéro-postérieur, et qui est l'analogue du rétrécissement d'un côté de la poitrine, qu'on observe si fréquemment à la suite des pleurésies. On conçoit encore que lorsque les adhérences péricardiques persistent, en formant des inégalités trop considérables, ou lorsqu'elles prennent trop de consistance, ou bien encore lorsqu'elles s'incrustent de plaques cartilagineuses ou osseuses, on doit continuer à entendre à la région précordiale divers bruits de frottement plus ou moins rudes. L'on conçoit d'ailleurs que ces bruits morbides puissent être compatibles avec un état de santé parfaite. On n'éprouvera aucune difficulté à les rapporter à la cause véritable qui les produit, lorsqu'on apprendra par l'interrogatoire que les individus ont éprouvé à une époque plus ou moins éloignée les symptômes d'une péricardite. Enfin, la phlegmasie peut passer à l'état chronique : cette forme peut aussi être primitive; c'est ce qu'on voit surtout lorsqu'elle est de nature tuberculeuse. Les symptômes locaux sont les mêmes que pour l'état aigu, et on observe généralement la plupart des autres accidents qui, comme l'œdème, accompagnent les maladies organiques du cœur. Sa durée peut être de plusieurs mois.

Diagnostic. — Le diagnostic de la péricardite n'est incertain qu'autant qu'on voit manquer les principaux symptômes, et particulièrement ceux qui sont fournis par les moyens physiques d'exploration (inspection, percussion, auscultation). Cependant, même en l'absence de ces symptômes, lorsqu'on verra un malade être pris de fièvre et de dyspnée, et lorsqu'on ne pourra expliquer ces accidents par aucune phlegmasie des bronches, des plèvres et des poumons, on devra, par voie d'exclusion, *soupçonner* une péricardite. Les probabilités augmentent lorsqu'aux symptômes précédents se joint une douleur précordiale, des lipothymies que l'état général des sujets n'explique point, et une irrégularité du pouls, ou bien encore un œdème des extrémités survenant subitement chez un sujet qui ne présentait pas antérieurement les signes d'une maladie du cœur. Enfin, la matité, la voussure et les bruits anormaux dont nous avons parlé, observés chez des sujets habituellement bien portants, sont des signes certains de péricardite. Inutile de dire que cette maladie ne saurait être confondue avec une pleurodynie, une bron-

(1) L'âge moyen de 465 individus morts de maladies diverses étant de quarante-un ans, l'âge moyen de 49 individus morts avec des adhérences du péricarde a été de quarante-sept ans.

chite, une pneumonie ou une pleurésie. Son diagnostic d'avec l'endocardite offre parfois un peu plus de difficulté : c'est ce que nous verrons.

Pronostic. — La péricardite est certainement une maladie grave ; cependant quelques personnes en exagèrent trop le danger. On peut dire, en règle générale, que les péricardites simples, survenant chez un sujet bien portant, guérissent presque toutes. La péricardite qui affecte dès le début une marche chronique est ordinairement mortelle.

Etiologie. — La péricardite peut se montrer à tous les âges de la vie : cependant c'est dans la période de dix-huit à trente qu'elle paraît avoir son maximum de fréquence. La femme y semble moins sujette que l'homme dans la proportion de 1 à 4 ou 5. La prédisposition héréditaire joue peut-être un certain rôle. Comme M. Louis l'a observé, les causes excitantes de la maladie restent le plus souvent inconnues. On a vu la péricardite être l'effet d'une plaie ou de toute violence exercée sur les parois thoraciques ; d'autres fois elle succède à l'impression du froid. Cependant, en définitive, on ne découvre de cause bien évidente que dans la sixième partie des cas seulement (Hache). La péricardite est une affection souvent consécutive : les maladies dans le cours desquelles on la voit se déclarer spécialement sont : le rhumatisme, la pneumonie, la pleurésie, et les lésions chroniques du cœur (*voir* ces maladies). Enfin, la péricardite paraît être une des maladies incidentes les plus fréquentes de la folie, puisque, d'après M. Calmeil, on en trouverait des traces chez la quinzième partie des aliénés qui succombent.

Traitement. — Il faut opposer à la péricardite les saignées générales et les saignées locales (ventouses et sangsues) à la région précordiale. Les pertes de sang seront faites d'après les principes que nous avons précédemment exposés. On y joindra la diète, les boissons douces et nitrées, les révulsifs sur les extrémités inférieures et le tube digestif. Dans le but de modérer les battements du cœur, on administre la digitale. Enfin, lorsque l'orgasme inflammatoire ayant été suffisamment combattu, les signes d'épanchement persistent, on devra recouvrir la région précordiale d'un large vésicatoire dont on entretiendra la suppuration.

Ce dernier moyen est à peu près la seule médication active qu'on doive employer contre la péricardite chronique ; on devra même, dans les cas rebelles, le remplacer par un exutoire plus énergique, comme un cautère, un moxa et même un séton.

DE L'ENDOCARDITE OU CARDITE INTERNE.

L'inflammation de la membrane interne du cœur a reçu le nom d'endocardite, de ἐν, *dans ;* καρδη, *cœur.*)

Historique. — Le mot *endocardite* a été proposé par M. Bouillaud.

Si cet auteur n'a pas réellement découvert la maladie, puisque Mat. Baillie, Burns, Kreysig, Laënnec, et peut-être M. Andral, en avaient parlé avant lui, il a eu du moins le mérite incontestable d'avoir décrit avec plus de précision ses caractères anatomiques. Mais le premier de tous, il a fait connaître les causes et les symptômes d'une affection dont il a certainement exagéré la fréquence et les suites, mais qui néanmoins était inconnue sous le rapport symptomatique avant la publication de son important ouvrage sur les maladies du cœur. Les auteurs qui sont venus depuis M. Bouillaud n'ont guère ajouté aux recherches de cet auteur.

Anatomie pathologique. — Il ne faudrait pas sur le cadavre diagnostiquer une endocardite, par cela seul que la membrane interne du cœur offrirait une coloration rouge partielle ou générale. Quelles que soient, en effet, la nuance de la rougeur de l'endocarde, son étendue et les points qu'elle occupe, qu'elle résiste ou non au lavage, et même à une macération prolongée, il est impossible de déterminer si elle est l'effet d'un travail inflammatoire ou d'une simple imbibition cadavérique. Les signes observés pendant la vie ou les lésions concomitantes, telles que l'inflammation d'un vaisseau, ne peuvent fournir encore que des présomptions, mais jamais de certitude absolue. M. Bouillaud paraît avoir trop souvent méconnu ces principes, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en lisant les observations qui forment, dans son *Traité des maladies du cœur*, la première catégorie des cas d'endocardite, et qu'on ne saurait à coup sûr considérer pour la plupart comme étant des exemples de l'inflammation de l'endocarde. Pour établir l'existence de l'endocardite, il faudra donc la réunion de quelques autres caractères, tels que le boursouflement ou l'épaississement, la friabilité ou le ramollissement des parties injectées, leur ulcération, ou mieux encore la présence du pus et de fausses membranes. Ces différentes lésions n'ont pourtant pas la même valeur. Ainsi le boursouflement ou le simple épaississement, quoique pouvant être l'effet d'un travail inflammatoire récent, peut cependant quelquefois remonter à une époque déjà éloignée et s'être développé indépendamment de toute phlegmasie, de sorte que cette lésion, coïncidant même avec la rougeur, ne nous semble pas encore suffisante pour mettre hors de doute l'existence d'une endocardite. Quoi qu'il en soit, l'épaississement de l'endocarde est très difficile à constater, il n'est bien manifeste que sur les valvules. L'endocarde enflammé peut être ridé, plus friable ou ramolli ; il peut même présenter une ou plusieurs ulcérations. Celles-ci nous ont paru siéger surtout sur les valvules, qui sont le plus souvent perforées ; cette lésion d'ailleurs est très rare. Il n'existe jusqu'à présent aucun fait qui prouve d'une manière certaine que l'endocardite se soit jamais terminée par gangrène. Mais la lésion essentielle et vraiment caractéristique de cette phlegmasie consiste dans une sécrétion purulente ou pseudo-membraneuse. La présence du pus est ordinaire-

ment difficile à constater, car le courant circulatoire l'entraîne à mesure qu'il est sécrété; on en retrouve pourtant quelquefois de petites quantités enkystées dans des caillots sanguins qui adhèrent à l'endocarde. Mais plus souvent l'endocardite produit des fausses membranes grisâtres, lisses ou grenues, et striées à leur surface, plus ou moins épaisses et étendues; elles occupent surtout les valvules, qui sont épaissies; partout elles adhèrent intimement à l'endocarde, qu'on trouve ordinairement à ce niveau opaque, plus épais et friable. Il arrive souvent, comme dans un cas remarquable que j'ai publié dans le *Journal hebdomadaire* (année 1836), qu'indépendamment des fausses membranes il existe encore des caillots blancs, fibrineux, décolorés, élastiques, adhérant à l'endocarde immédiatement, ou par l'intermédiaire des concrétions. Enfin, sur le bord libre des valvules ventriculaires et sygmoïdes, on trouve souvent de petites tumeurs à base large ou pédiculées, d'un blanc grisâtre ou rougeâtre, plus ou moins friables; les unes sont globuleuses, les autres, grenues, ont tout-à-fait l'aspect des choux-fleurs syphilitiques. D'autres fois ce sont simplement de petites granulations du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet, discrètes ou confluentes. Il est impossible de déterminer si ces espèces de végétations sont produites par la coagulation du sang ou si elles ne résulteraient pas plutôt d'une exhalation pseudo-membraneuse; cette dernière supposition nous paraît plus probable. Enfin, pour terminer, nous dirons que l'endocardite produit en général une augmentation plus ou moins considérable dans le volume du cœur. Cette maladie coïncide dans la moitié des cas avec une péricardite plus ou moins étendue.

Telles sont les lésions qui caractérisent l'endocardite aiguë. Mais il est bien difficile, dans l'état actuel de la science, de déterminer quels sont les caractères anatomiques propres à l'endocardite chronique.

Nous croyons pourtant que les adhérences des valvules, se formant en général entre les points les moins mobiles, doivent avoir une origine inflammatoire. On a prétendu qu'il en était de même des plaques blanches, des opacités, et même de l'épaississement. Mais c'est là une erreur; car M. Bizot a démontré par ses recherches que si dans le jeune âge l'endocarde offrait partout une égale transparence, il n'en était plus de même à une époque plus avancée, où l'on voyait les cavités gauches et le bord membraneux des valvules sygmoïdes correspondantes devenir opaques et plus épais, tandis qu'à droite la membrane conserve son premier état. Enfin, M. Bouillaud a encore rattaché à une inflammation chronique de l'endocarde les productions cartilagineuses, osseuses et crétacées des valvules; mais ce médecin a trop généralisé quelques faits cliniques favorables à sa doctrine, et d'autres qui lui étaient fournis seulement par l'analogie. On peut, certainement supposer la possibilité d'une transformation cartilagineuse, osseuse ou crétacée des productions fibri-

neuses et albumineuses de l'endocarde, lorsque nous voyons tous les jours ces mêmes transformations dans les membranes de la plèvre, du poumon, du péritoine, etc. L'observation clinique nous a en outre démontré que chez quelques individus (j'en ai vu cinq), les altérations dont je parle ont manifestement succédé à une inflammation aiguë du cœur. Mais ces faits sont réellement exceptionnels, et dans la presque totalité des cas, les concrétions cartilagineuses et osseuses des orifices du cœur arrivent par les progrès de l'âge ou par suite d'une perversion dans la nutrition des tissus, et qui n'a pas comme point de départ une phlegmasie aiguë. Pour me résumer, je dirai donc que l'endocardite peut produire toutes les altérations que M. Bouillaud lui attribue; mais celles-ci n'ont pas nécessairement ni même le plus ordinairement cette origine. Il en est de même de quelques solutions de continuité, et surtout de ces perforations simples ou multiples de la partie membraneuse des valvules; cette altération, que M. Bizot a décrite sous le nom d'*état réticulaire*, paraît ne produire le plus souvent aucun trouble dans la circulation cardiaque.

Symptômes. — L'endocardite est rarement une affection primitive, mais survenant le plus souvent dans le cours d'une autre maladie aiguë; il en résulte qu'elle n'a presque jamais de prodromes. Dans l'endocardite aiguë, il y a rarement de la douleur à la région précordiale; les malades se plaignent seulement d'oppression et de palpitations. La percussion fait constater une augmentation plus ou moins considérable dans le volume du cœur. Par l'auscultation, on trouve qu'il y a beaucoup d'impulsion; que les battements sont superficiels; qu'ils ont le timbre tantôt plus sourd, tantôt plus clair et comme métallique, tandis que d'autres fois ils sont masqués ou remplacés par des bruits de souffle, de lime ou de râpe. Le pouls, toujours accéléré, souvent irrégulier, offre généralement de la force et de la résistance; cependant il est quelquefois petit et faible, et contraste singulièrement avec l'impulsion et la violence des battements du cœur, ce qu'il est naturel d'attribuer, avec M. Bouillaud, à ce que des concrétions albumino-fibrineuses, embarrassant les orifices, s'opposent à ce qu'une large colonne de sang soit projetée dans le système artériel. Cette gêne dans la circulation amène d'autres accidents : ainsi, la dyspnée augmente jusqu'à la suffocation, les membres s'infiltrent; il y a du délire, des lipothymies, des syncopes. Enfin, quelques unes de ces concrétions peuvent, en se détachant, être entraînées par le mouvement circulatoire, et aller boucher un vaisseau principal, ce qui est presque infailliblement suivi d'une gangrène des parties situées au-dessous. Du côté des organes digestifs, on n'observe que de l'inappétence et de la soif.

Marche, durée, terminaison. — Si les accidents continuent de s'accroître, l'endocardite peut avoir une issue funeste; mais, le plus souvent,

la maladie paraît se terminer par résolution. Dans ce cas, les caillots et les fausses membranes sont-ils complétement résorbés ? Il est naturel de le supposer lorsqu'on voit les individus revenir à un état de santé parfaite, et le cœur ne présenter aucun signe morbide, ni à la percussion ni à l'auscultation. Enfin il est certain que la maladie peut passer à l'état chronique, et alors on voit se développer ces transformations cartilagineuses et osseuses dont nous parlerons au chapitre des lésions organiques. La durée moyenne de l'endocardite serait, d'après M. Bouillaud, de huit jours seulement.

Diagnostic. — L'endocardite est une maladie d'un diagnostic souvent fort difficile; elle n'a des caractères bien distincts que lorsqu'elle est intense et qu'elle occupe une grande étendue. Lorsqu'en effet chez un individu qui ne présente aucun signe d'affection du cœur, on voit survenir brusquement de l'oppression et des palpitations; lorsque le cœur est tout-à-coup augmenté de volume, lorsqu'il donne à l'oreille une impulsion vive, directe et que ses bruits sont masqués ou remplacés par des bruits morbides, alors seulement on pourra diagnostiquer une endocardite; dans tous les autres cas on devra rester dans l'incertitude. L'endocardite ne peut être confondue qu'avec une péricardite pseudo-membraneuse et sans épanchement liquide. Cependant, dans celle-ci, il y a souvent une douleur précordiale qui est fort rare dans la première; la matité a une étendue peu considérable; le frottement est plus superficiel, moins circonscrit, et se passe évidemment très près de l'oreille, et, comme M. Bouillaud l'a observé plusieurs fois, on peut le faire cesser, puis revenir, en variant les positions du malade. Enfin, dans cette forme de la péricardite, il y a rarement l'oppression et les troubles circulatoires qui accompagnent les endocardites violentes. La péricardite avec épanchement liquide sera difficilement confondue avec une inflammation de l'endocarde, à cause surtout de la profondeur à laquelle on entend les battements de cœur, ce qui est tout-à-fait l'inverse de ce qu'on voit dans l'endocardite. Cependant le diagnostic différentiel est souvent difficile à établir à cause de la coïncidence des deux maladies; mais l'erreur est ici sans inconvénient pour la thérapeutique.

Pronostic. — L'endocardite est une affection grave; car, bien qu'elle ait généralement une heureuse issue, elle peut quelquefois se terminer rapidement par la mort, et dégénérer d'autres fois en une lésion organique incurable.

Etiologie. — L'endocardite reconnaît les mêmes causes que la péricardite; comme celle-ci, elle peut être produite par une cause traumatique et par l'impression du froid; enfin, c'est un accident assez commun dans le cours de plusieurs maladies aiguës, et spécialement dans le rhumatisme articulaire. (Voir cette affection.)

Traitement. — Il est le même que pour la péricardite.

DE LA CARDITE.

On donne le nom de *cardite* ou *carditis* à l'inflammation des tissus musculaire et celluleux du cœur. Cette maladie, fort rare et à peine connue, peut être primitive; mais le plus souvent elle est consécutive à une péricardite, et plus encore à une endocardite.

Quelques auteurs ont rapporté à l'inflammation diverses altérations du cœur, telles que la coloration rouge, lie de vin ou livide, et la décoloration ou la teinte jaunâtre avec ou sans diminution de consistance du tissu. Mais telle n'est pas, le plus souvent du moins, l'origine de ces altérations. (Voir l'article *Ramollissement.*) Dans l'état actuel de nos connaissances en anatomie pathologique, la présence du pus peut seule caractériser la cardite. Le pus qu'on trouve dans le tissu du cœur est rarement infiltré; mais presque toujours il est réuni en petits foyers ayant le volume d'un pois, d'un haricot ou d'une noisette. Ces abcès siègent quelquefois sous l'endocarde; mais le plus souvent on les trouve dans le tissu charnu, entre les fibres musculaires. Celles-ci n'ont été ordinairement qu'écartées; d'autres fois, la cavité de l'abcès est creusée à leurs dépens; elles sont alors détruites à ce niveau ou bien réduites en pulpe, en bouillie rougeâtre; le tissu musculaire est livide, friable dans une étendue plus ou moins considérable. Ces abcès sont souvent multiples; ils sont quelquefois enkystés; le pus qu'ils contiennent est phlegmoneux, s'il a été uniquement formé par le tissu cellulaire; mais s'il résulte aussi de l'inflammation de la fibre musculaire, il est rougeâtre et moins consistant. Ces collections purulentes peuvent occuper tous les points de l'organe, mais elles se forment surtout dans le ventricule gauche. Ces abcès peuvent s'ouvrir dans une des cavités du cœur ou dans le péricarde; s'ils s'ouvraient à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du cœur, il en résulterait une perforation rapidement mortelle. Enfin, un abcès développé dans l'épaisseur de la cloison ventriculaire pourrait devenir un moyen de communication entre les cavités droite et gauche, s'il s'ouvrait simultanément ou successivement dans l'une et dans l'autre.

On a encore parlé d'une cardite chronique, caractérisée tantôt par des abcès enkystés, et remontant à une époque plus ou moins éloignée, à en juger par l'épaisseur du kyste. D'autres fois, ce sont des indurations ou plutôt des transformations fibreuses, cartilagineuses, du tissu musculaire; mais rien ne prouve jusqu'à présent que ces lésions soient consécutives à un travail inflammatoire.

Il n'existe aucun signe capable de faire reconnaître ou même soupçonner une cardite. Il est des malades qui succombent avec des abcès multiples dans le cœur, sans que cet organe ait présenté pendant la vie des troubles spéciaux; chez d'autres, au contraire, on a constaté dès le

début une grande perturbation dans les mouvements de l'organe, des palpitations, une oppression extrême, et des lipothymies. Mais il n'y a là rien qui soit caractéristique. Tous les pathologistes sont d'accord sur l'impossibilité d'arriver au diagnostic de la cardite.

DE L'ARTÉRITE.

Le mot *artérite* sert à désigner l'inflammation des artères, soit que la phlegmasie occupe simultanément plusieurs des tuniques, soit qu'elle reste limitée seulement à l'une d'elles. Ce dernier cas d'ailleurs est le plus rare.

Historique. — Depuis Arétée et Galien, les auteurs ont parlé de l'artérite, mais leurs connaissances sur ce sujet se bornaient à des notions fort incomplètes et peu précises. Les recherches de P. Frank et de Sasse, à la fin du dernier siècle, ont été le signal d'observations nouvelles que nous devons, pour la plupart, à nos contemporains; ainsi, c'est grâce aux travaux de MM. Louis, Andral, Bouillaud, Cruveilhier, Bizot, Trousseau, Rigot, Leblanc, etc., qu'on peut aujourd'hui fixer avec quelque précision le caractère des principales lésions dont le système artériel est le siége.

Anatomie pathologique. — De même que nous l'avons vu dans l'endocardite, la rougeur des artères est un caractère anatomique insuffisant de l'inflammation de ces vaisseaux, puisque cette coloration peut être seulement l'effet d'une imbibition cadavérique. Sur la plupart des sujets qu'on ouvre, l'arbre artériel offre dans un plus ou moins grand nombre de points, une coloration rouge qui varie depuis le rose tendre jusqu'au rouge écarlate et vineux. Cette rougeur qui devient plus vive par le contact de l'air, est uniforme ou bien disposée par plaques irrégulières ou par bandes; elle intéresse toute l'épaisseur de la séreuse, le tissu cellulaire, et quelquefois elle s'étend aux autres tuniques. On la rencontre d'autant plus fréquemment, que l'agonie a été plus longue, que l'autopsie est faite à une époque plus éloignée, que la température est plus chaude, la putréfaction plus avancée, et le sang plus liquide. La rougeur est aussi plus marquée dans les parties déclives, au voisinage des organes enflammés, partout enfin où le sang se trouve en quantité plus considérable. Cependant, dans les cas où la portion de vaisseaux qui est colorée en rouge ne contient plus de sang, il ne faudrait pas en conclure que la coloration dépend d'un travail inflammatoire et ne tient pas à l'imbibition; car il arrive souvent que du sang qui stagne dans un vaisseau, dans les premiers instants qui suivent la mort, et qui en colore les parois, est ensuite entraîné plus ou moins loin par les mouvements qu'on imprime au cadavre par le dégagement

des gaz, et par suite des différents phénomènes qui accompagnent la putréfaction.

La rougeur qui dépend d'une inflammation de l'artère ne diffère en rien de celle qui est l'effet de l'imbibition cadavérique; les meilleurs auteurs d'anatomie pathologique sont d'accord sur ce point. Ainsi les observations recueillies sur l'homme par Laënnec et par M. Louis, comme celles qui ont été faites sur les animaux par MM. Andral et Dupuy, Trousseau et Leblanc, s'accordent pour démontrer que la rougeur est un signe insuffisant de l'artérite. Pour qu'elle puisse en indiquer l'existence, il est nécessaire qu'elle coïncide avec quelque altération dans la nutrition des tissus, telle que l'épaississement et la friabilité de la membrane interne, qui, souvent alors, est en même temps flétrie, villeuse ou inégale, et adhère plus ou moins intimement à un caillot fibrineux plus ou moins décoloré.

La coagulation du sang est, en effet, un des phénomènes qui accompagnent le plus ordinairement les inflammations vasculaires; mais elle n'a pas lieu à beaucoup près dans tous les cas: aussi est-ce à tort, suivant nous, que la coagulation a été regardée comme un phénomène constant et presque nécessaire dans l'artérite. Le phénomène anatomique le plus certain de cette phlegmasie est une exsudation albumineuse, pseudo-membraneuse à la surface de l'artère. Cette concrétion est parfois assez considérable pour obstruer tout-à-fait le vaisseau. Molle, presque amorphe au début, cette matière s'étale bientôt sur la membrane interne sous forme de lame ou de plaques blanchâtres plus ou moins épaisses. Elle peut être résorbée; mais d'autres fois elle continue de s'accroître et subit diverses transformations que nous indiquerons bientôt. L'exhalation dont je parle peut encore se faire entre les tuniques du vaisseau, et surtout dans la gaîne; c'est alors que l'artère comprise entre une ligature se coupe avec autant de facilité que du lard. Enfin du pus, ou du moins une matière puriforme, peut être exhalée à la face interne du vaisseau; d'autres fois ce produit infiltre les parois, et peut même y former des collections. Telles sont les lésions propres à l'artérite aiguë.

Il est plus difficile de caractériser anatomiquement l'artérite chronique: c'est à tort que quelques auteurs ont voulu rattacher à cette inflammation toutes les lésions de nutrition du tissu artériel, telles que les ulcérations et les perforations, les productions cartilagineuses, osseuses, athéromateuses, crétacées, etc. Cependant il en est quelques unes qui semblent avoir, sinon toujours, du moins le plus souvent, une origine inflammatoire. Ainsi, d'après M. Bizot, les plaques cartilagineuses des artères ne seraient autre chose que la production albumineuse que nous avons vue à l'état aigu, et qui lorsqu'elle n'est pas résorbée, s'organise, durcit, prend dès lors la consistance du blanc d'œuf cuit, et finit bientôt par acquérir la dureté du cartilage; mais lorsque

ce produit a subi cette transformation, la membrane interne a ordinairement cessé d'exister à ce niveau, et la plaque cartilagineuse appuie alors immédiatement sur la membrane moyenne ou par l'intermédiaire d'une couche de matière jaunâtre semblable à du jaune d'œuf durci (matière dite athéromateuse). Il n'est donc pas exact de dire avec la plupart des anatomo-pathologistes que les plaques cartilagineuses se développent entre les deux tuniques internes. Ces plaques sont tantôt isolées, d'autres fois elles recouvrent uniformément toute la surface du vaisseau, qui éprouve à ce niveau une sorte de rétraction; on dirait au prime abord qu'il existe en ce point une cicatrice. M. Bizot a nié que ces plaques cartilagineuses subissent la transformation osseuse, et que celle-ci fût jamais un résultat d'inflammation. Nous prouverons ailleurs qu'elle dépend du progrès de l'âge ou d'une simple perversion dans la nutrition des tissus : nous en dirons autant des productions athéromateuses et mélicériques. Quant aux ulcérations, il en est qui sont primitives, qui se développent de dedans en dehors, et qui semblent réellement être le résultat d'une phlegmasie aiguë et chronique. Mais le plus grand nombre ont une autre origine, et sont, en effet, consécutives à la perforation de la tunique interne par une concrétion osseuse ou par diverses autres productions liquides ou semi-solides (pus, athérome, stéatome), développées entre les deux membranes internes. Enfin rien ne prouve que l'hypertrophie et l'atrophie des parois des artères, que quelques personnes rapportent à l'inflammation chronique, aient cette origine.

Symptômes. — Dans l'artérite il existe d'abord des douleurs vives le long du trajet du vaisseau, qui bat souvent avec plus de force au début. Si l'artère est superficielle, elle forme une espèce de corde ordinairement bosselée, inégale, tendue, rénitente, très douloureuse à la pression. Commençant dans un point plus ou moins circonscrit, l'inflammation s'étend plus ou moins vite, et généralement elle marche dans la direction du cours du sang; cependant cette règle souffre de nombreuses exceptions : ainsi dans l'artérite consécutive à une ligature, l'inflammation n'affecte guère que le bout supérieur du vaisseau. Les symptômes généraux sont proportionnés à l'étendue et à l'intensité de l'inflammation; mais, en général, quand la maladie est simple, il n'y a qu'un appareil fébrile, médiocre et de l'anorexie. Cependant lorsque le vaisseau se trouve obstrué par l'épanchement albumineux ou par la coagulation du sang, on voit alors survenir différents phénomènes qui indiquent une interruption plus ou moins complète dans la circulation : ainsi les battements diminuent de force, puis cessent tout-à-fait; on observe alors des douleurs vives, de l'engourdissement, la paralysie, le refroidissement et la gangrène des parties situées au-dessous de l'obstacle. L'artérite est, en effet, comme nous le dirons plus tard, une des causes de la gangrène dite spontanée.

Si l'oblitération, au lieu d'être presque instantanée, se fait progressivement, et si la circulation collatérale a le temps de se développer, la vie peut continuer; mais souvent la nutrition étant insuffisante, la partie diminue de volume et s'atrophie. Le rétrécissement du vaisseau est un accident constant, une suite nécessaire de l'artérite; mais tout en étant enflammée, l'artère peut rester encore perméable en grande partie: c'est même ce qui a lieu le plus souvent lorsque la phlegmasie atteint l'artère principale d'un membre ou de la tête, et à plus forte raison l'aorte. Mais l'oblitération est un accident à peu près constant de l'inflammation des artères, d'un médiocre ou d'un petit volume.

Diagnostic. — Nous verrons plus tard par quels caractères l'artérite se distingue de la phlébite et de la lymphangite. Le phlegmon diffère de l'artérite par l'étendue de l'engorgement, par la tumeur qu'il forme, la nature des douleurs dont il est le siége, et l'absence des signes indiquant l'obstruction ou l'oblitération de l'artère.

Pronostic. — L'artérite est une affection grave en raison surtout de la gangrène qui peut en être le résultat, à cause aussi des lésions organiques qu'elle laisse après elle, et qui faisant perdre au tissu artériel sa résistance et son élasticité, l'exposent aux perforations et aux dilatations anévrismales.

Etiologie.—Le tissu artériel est un de ceux qui s'enflamment le plus rarement. Les causes de l'artérite sont fort obscures; le plus souvent la maladie paraît être tout-à-fait spontanée. On a dit que la pléthore, qu'un sang riche, qu'un régime excitant, y prédisposaient; mais il n'y a encore à ce sujet rien de démontré. La maladie succède quelquefois à des violences extérieures; elle a été souvent consécutive à une ligature du vaisseau, et les chirurgiens anglais en citent un assez grand nombre d'exemples. Mais il n'arrive presque jamais que l'artérite survienne par suite de l'extension d'une phlegmasie voisine; c'est même un fait fort remarquable de voir si souvent des phlegmons diffus dénuder l'artère principale d'un membre dans une grande étendue, et celle-ci rester intacte, quoique entourée de tous côtés par de la suppuration.

Traitement. — Dans le traitement de l'artérite, il faut insister sur les antiphlogistiques. S'il y a de la fièvre, on pratiquera une ou plusieurs saignées générales; on appliquera sur le trajet du vaisseau malade un grand nombre de sangsues; on fera des frictions mercurielles dès le début; des cataplasmes émollients seront mis en permanence, et une ou deux fois par jour la partie sera plongée pendant plusieurs heures dans un bain émollient; enfin on lui donnera une position convenable pour ralentir le plus possible l'afflux du sang artériel.

QUELQUES REMARQUES SUR L'AORTITE.

Je ne parlerai pas des caractères anatomiques de l'aortite aiguë et chronique, car je ne pourrais que répéter ce que j'ai dit précédemment en traitant de l'artérite en général. Nous aurions, en effet, à décrire ici la même rougeur avec boursouflement, ramollissement, perte du poli de la membrane interne, avec production des fausses membranes, de caillots fibrineux et de suppuration. C'est surtout dans les cas d'aortite qu'on a rencontré ces foyers purulents que nous avons dit plus haut pouvoir se former dans l'épaisseur des artères. Un des faits les plus curieux de ce genre est celui que M. Andral rapporte d'un individu qui présenta dans l'épaisseur de l'aorte une demi-douzaine d'abcès ayant le volume de petites noisettes et remplis d'un pus phlegmoneux. L'inflammation occupe rarement toute l'étendue de l'aorte, mais le plus souvent elle est limitée à sa crosse et à sa portion thoracique ou abdominale. Jusqu'à présent il n'existe aucun signe certain capable de faire reconnaître cette maladie. Ainsi la chaleur avec un feu dévorant dans la poitrine et le ventre, coïncidant avec un pouls petit et faible, ou bien, d'après quelques autres, l'énergie des battements de l'aorte, des douleurs sourdes et profondes suivant la direction du vaisseau; enfin, les lipothymies et les syncopes, tel est l'ensemble des symptômes que les auteurs signalent comme appartenant à l'aortite. Il faut joindre à cette énumération l'apparition rapide de l'œdème, que M. Bizot a rencontré dans les trois cas d'aortite aiguë qu'il a observés. L'anasarque paraît donc être un symptôme important et capable d'appeler l'attention; lorsqu'il survient d'une manière aiguë dans le cours d'une affection fébrile, et que l'examen du cœur, du péricarde et des reins ne peut l'expliquer, on devra alors sinon diagnostiquer, du moins soupçonner une inflammation de l'aorte avec production de fausses membranes et de concrétions sanguines. Les pulsations violentes du vaisseau, que M. Bouillaud considère comme ayant une grande valeur, ont réellement peu d'importance, puisque, d'après la remarque de M. Bizot, elles ont manqué dans les cas d'aortite observés par M. Bouillaud lui-même. Quoi qu'il en soit, si malgré ce que je dis ici quelques personnes attachaient encore quelque valeur à ce signe, il faudrait bien prendre garde de ne pas attribuer à un aortite ces battements violents qu'on observe quelquefois à l'épigastre chez les hypochondriaques ou les femmes hystériques et dont nous parlerons aux névroses du système artériel. Enfin, le docteur Corrigan a essayé de prouver, il y a quelques années, que l'inflammation de la membrane qui tapisse l'aorte à son origine pouvait donner naissance au groupe de symptômes connu sous le nom d'*angine de poitrine*, et devait par conséquent être placé au nombre des causes de cette affection formidable. Cependant les faits que le cé-

lèbre professeur de Dublin apporte en faveur de son opinion ne sont pas concluants, puisque, sur les huit observations qu'il rapporte, il n'y en a qu'une qu'on puisse citer comme étant réellement un exemple d'angine de poitrine, et même dans ce cas il n'est pas démontré que la lésion de l'aorte ait été réellement la cause de la maladie. L'aortite ne peut être, en effet, suivant nous, qu'un accident, une complication de l'angine.

Le diagnostic de l'aortite chronique est plus difficile encore. Le plus souvent celle-ci n'occasionne aucun désordre, ou bien les symptômes qui en résultent se confondent avec ceux qui sont ordinairement produits par les lésions organiques du cœur. L'aortite peut être suivie des accidents que nous avons vus succéder souvent à l'obstruction ou à l'oblitération des vaisseaux, comme la faiblesse, la paralysie, l'atrophie des membres inférieurs ou même la gangrène de ces parties. L'aortite paraît être, en effet, une des causes qui produisent les oblitérations non congénitales de l'aorte. Certaines perforations de ce vaisseau ayant lieu surtout vers sa crosse et déterminant une mort subite, ont aussi plusieurs fois été le résultat de la même lésion. Enfin, lorsque l'aortite aiguë ou chronique amène une diminution dans le calibre du vaisseau, la circulation du sang est plus difficile; ce liquide reflue alors du côté du cœur et le distend. L'aorte rétrécie ayant en outre perdu une partie de son élasticité, le cœur est obligé de se contracter plus violemment pour surmonter ces deux résistances; aussi finit-il le plus souvent par s'hypertrophier avec ou sans dilatation.

D'après ce que nous venons de dire, il est inutile d'insister pour prouver que l'aortite est une affection grave. Si on pouvait la reconnaître, on devrait employer contre elle le traitement antiphlogistique.

DE LA PHLÉBITE EN GÉNÉRAL ET DE QUELQUES PHLÉBITES EN PARTICULIER.

L'inflammation des veines a reçu le nom de *phlébite*.

Historique. — Signalée anciennement par Arétée, mais décrite pour la première fois par John Hunter, et plus tard par Abernethy, la phlébite a été en France l'objet d'un grand nombre de travaux parmi lesquels se distinguent ceux de MM. Breschet, Ribes, Dance, Blandin, Cruveilhier, Maréchal, Tonnelé, etc.

Anatomie pathologique. — De même que les artères, et plus souvent encore que ces dernières, les veines peuvent présenter une coloration d'un rouge plus ou moins foncé par suite d'une imbibition de leur tissu. La rougeur est donc encore une preuve insuffisante de l'inflammation veineuse; pour caractériser cette dernière il faut aussi qu'il existe dans le vaisseau quelque altération de nutrition et de sécrétion.

Lorsqu'on ouvre une veine enflammée, on trouve que ses parois sont souvent plus ou moins épaissies; la membrane interne, rouge ou opaque, est inégale, rugueuse; elle est friable, se réduit en pulpe; elle est parfois tapissée par une fausse membrane albumineuse grisâtre, ou bien des caillots fibrineux lui adhèrent; enfin plus rarement elle est immédiatement en contact avec le sang liquide altéré et la matière purulente; elle semble quelquefois hypertrophiée, et on voit plus manifestement alors la direction longitudinale des fibres qui la constituent. Dans ces cas, la veine ne s'affaisse plus, et, lorsqu'on la coupe en travers, son orifice reste béant comme si c'était une artère. Enfin, si l'inflammation a envahi le tissu cellulaire ambiant, on trouve celui-ci induré, infiltré de pus, adhérant à la veine, qui souvent présente de distance en distance des perforations qui mettent sa cavité en communication avec les abcès du tissu cellulaire. Cette extension de la phlegmasie aux parties environnantes (tissu cellulaire, parenchyme) est d'autant plus facile, que la veine a naturellement moins d'épaisseur et qu'elle adhère plus intimement aux tissus subjacents. C'est ce qui explique pourquoi l'inflammation se propage si souvent des veines utérines à l'utérus lui-même.

La veine enflammée peut rester entièrement perméable; le pus est alors entraîné dans le torrent circulatoire à fur et mesure qu'il est exhalé; mais presque toujours la cavité du vaisseau est obstruée par des fausses membranes, et surtout par l'organisation de caillots. Ceux-ci, grisâtres, blanchâtres, fibrineux à l'extérieur, sont humides et rougeâtres à l'intérieur: ou ils contiennent du sang fluide couleur lie de vin, ou bien du pus grisâtre, que les uns ont regardé comme pouvant être produit par l'inflammation du caillot; mais il est plus rationnel de le regarder comme ayant été exhalé par la veine, et séquestré ensuite de la circulation générale par l'organisation des caillots. Ceux-ci adhèrent plus ou moins intimement à la veine, et recouvrent parfois très exactement toute la surface malade; ils peuvent alors empêcher les produits de sécrétion d'être entraînés dans le sang; mais pour peu que le pus soit exhalé en certaine quantité, le caillot est décollé, ou si le pus s'épanche dans son intérieur, il finit par amener la distension et la rupture de la poche dans laquelle il était accumulé. Quelquefois les caillots, au lieu de recouvrir toute la surface enflammée, n'existent qu'aux limites supérieure et inférieure de la suppuration, qu'elles circonscrivent très exactement. Enfin d'autres fois il existe plusieurs caillots placés à de certaines distances les uns des autres, et circonscrivant de petites collections purulentes, qui souvent communiquent avec les foyers du tissu cellulaire par suite de la perforation de la veine. Dans quelques cas, l'oblitération de la veine, au lieu d'être produite par des caillots, résulte de l'adhérence intime des parois à la suite d'une inflammation adhésive: c'est là ordinairement une circonstance favorable; car les adhérences sont une barrière qui résiste beau-

coup plus que les caillots aux efforts que fait le pus accumulé dans la veine pour faire irruption dans la portion saine du vaisseau. Quoi qu'il en soit, lorsque la phlébite n'entraîne pas la mort, le caillot subit diverses transformations : le plus souvent il se décolore, se durcit; la veine le suivant dans son retrait, lui adhère de plus en plus, et finit par former un cordon fibreux. D'autres fois le caillot se canalise, et la circulation momentanément suspendue se rétablit; seulement la veine offre à ce niveau un calibre moins considérable.

La phlébite offre plus ou moins d'étendue : ainsi on voit parfois la phlegmasie envahir une veine dans toute sa longueur, comme la saphène interne; d'autres fois la maladie est circonscrite dans un petit espace, comme 2 ou 3 centimètres. Comme je l'ai vu maintes fois, elle peut n'affecter qu'une partie de la circonférence du vaisseau; mais ce cas est extrêmement rare, et n'a guère lieu que lorsque la veine est très volumineuse.

Quelle que soit la veine malade, les caractères de l'inflammation sont les mêmes partout; mais pour les saisir, il faut que le vaisseau ait un certain volume, qu'il puisse être isolé et accessible aux instruments de dissection : voilà pourquoi il devient impossible de constater l'inflammation des capillaires veineux. Cependant la phlébite capillaire du système osseux pourra être soupçonnée par l'existence d'une lésion qui, si elle ne constitue la maladie, l'accompagne du moins constamment : je veux parler de l'infiltration purulente de la membrane médullaire, surtout marquée dans le tissu spongieux des os. C'est ce qu'on constate facilement en cassant l'os avec un marteau ou en le sciant longitudinalement. J'ai rencontré cette lésion chez tous les sujets que j'ai vus succomber en si grand nombre à l'inflammation des veines après l'amputation des membres.

Phlébite utérine.—La phlébite utérine, étudiée par Dance, est un accident commun chez les femmes en couches; elle occupe surtout les veines voisines de l'insertion du placenta. L'inflammation peut occuper un plus ou moins grand nombre de veines et de sinus; il n'est pas rare de la voir limitée aux vaisseaux d'une des moitiés latérales de l'organe; souvent la phlegmasie se propage jusque dans les veines ovariques et dans toute la longueur de celles-ci. Il est commun aussi que l'inflammation gagne le tissu même de l'utérus, qu'on trouve rougeâtre, ramolli, infiltré de pus au voisinage des veines malades. Les parois utérines sont molles, flasques, et l'organe a généralement conservé un volume considérable, eu égard au temps qui s'est écoulé depuis l'accouchement.

Phlébite des sinus.— La phlébite des sinus cérébraux, que M. Tonnelé a le premier fait connaître, est caractérisée, comme la phlébite des veines, par des concrétions sanguines ordinaires, pseudo-membraneuses, et par la sécrétion de pus. Mais quand l'altération siège dans un

des sinus principaux, tel que le sinus longitudinal supérieur, on constate dans les méninges et le cerveau des altérations résultant du trouble apporté à la circulation cérébrale : ainsi les veines de la convexité sont saillantes comme si on les avait pénétrées avec une injection artificielle; le tissu sous-arachnoïdien est infiltré de sérosité ; les ventricules en contiennent ; enfin on trouve des épanchements sanguins dans les méninges et le cerveau.

Abcès consécutifs. — Chez presque tous les individus qui succombent à la phlébite on trouve, indépendamment des lésions locales que nous avons énumérées, plusieurs autres altérations, dont les plus remarquables et les plus fréquentes sont des abcès multiples (dits *métastatiques*) qui se forment dans les principaux organes de l'économie. Ils se rencontrent surtout fréquemment dans les poumons, puis dans le foie et dans la rate. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les abcès des reins, du cerveau, du tissu cellulaire, ceux des muscles (les musles du mollet surtout), des articulations et du cœur. Non seulement les abcès métastatiques se forment dans les organes les plus vasculaires, mais ils se montrent encore surtout dans la portion de ces organes qui renferme le plus grand nombre de vaisseaux : ainsi dans le cerveau et les reins ils n'envahissent presque jamais que la substance corticale de ces organes. Si le viscère est double (comme le poumon), ils sont en plus grand nombre dans celui qui est le plus volumineux ; et s'il est divisé en plusieurs lobes (comme le foie et les poumons), ils existent surtout dans le lobe le plus gros. Enfin, quel que soit leur siége, ces abcès occupent surtout la superficie des viscères : c'est ce qui explique pourquoi leur présence dans les poumons coïncide si souvent avec un épanchement purulent des plèvres. Si la péritonite est un accident plus rare des abcès métastatiques du foie, il est assez rationnel de l'attribuer à la capsule de Glisson, qui empêche que la phlegmasie ne s'étende aussi facilement à la séreuse abdominale. Les abcès des poumons, du foie et des reins, ont à peu près les mêmes caractères anatomiques. Leur point de départ est une ecchymose, et le plus souvent une sorte d'apoplexie, une infiltration de sang. Ce liquide, intimement combiné avec les tissus, forme des noyaux durs, pouvant acquérir le volume d'une grosse noix pour le poumon et le foie, et d'une aveline pour les reins. Ces noyaux présentent à la coupe une surface uniforme, d'un noir un peu plus foncé au centre qu'à la périphérie. Mais à une époque plus avancée, on découvre çà et là des points opaques et purulents qui deviennent de plus en plus manifestes; enfin le noyau se ramollissant du centre à la périphérie, finit par se convertir en un abcès dont le pus est généralement blanc, épais, phlegmoneux, et au fond duquel on découvre, dit-on, quelquefois une ou plusieurs petites veines enflammées et suppurées, disposition que je n'ai jamais pu saisir

d'une manière bien évidente. Le plus souvent, on trouve chez le même sujet les différents degrés de l'altération que je viens de décrire.

Les abcès de la rate sont larges, irréguliers, formés par un mélange de pus, de sang et de détritus de l'organe, différences qu'explique la texture de ce viscère. Les abcès du cerveau sont toujours extrêmement petits, et ne consistent guère qu'en un plus ou moins grand nombre de gouttelettes de pus, infiltrant la substance corticale. Les abcès des muscles ont beaucoup d'analogie avec ceux des poumons et du foie; il n'y a parfois qu'un engorgement sanguin; d'autres fois le pus est infiltré dans l'interstice des fibres, c'est ce qui a toujours lieu pour le tissu du cœur. Mais, dans les muscles des membres, il y a souvent destruction de la fibre musculaire. Enfin, le pus qui remplit souvent les articulations est blanc, phlegmoneux, et ne s'accompagne généralement d'aucune altération appréciable de la synoviale.

Etat du sang.—Indépendamment de ces désordres, le sang est diffluent et semblable à de la gelée de groseille; plusieurs fois on l'a vu mêlé à des globules de pus: ceux-ci ont été distingués non seulement par le microscope, mais encore à l'œil nu; c'est ainsi que, dans des cas de phlébites traumatiques de la jambe, j'ai pu reconnaître du pus jusque dans les veines iliaque et crurale. Enfin les cadavres de ces individus se putréfient promptement, et comme l'a remarqué avec raison M. Bérard, toutes les parties exhalent souvent une odeur purulente.

Théorie.— D'après ce qui précède, il est bien certain que le pus sécrété dans la veine peut se mêler au sang et l'altérer; c'est en vain que dernièrement on contestait ce fait, qui n'en reste pas moins parfaitement établi pour nous et pour tous ceux qui ont disséqué avec quelque soin des veines enflammées. Qu'il me suffise de citer ici MM. Blandin, Bérard, Velpeau, Dance, Cruveilhier, Breschet, etc. Si parfois on trouve la portion de veine malade séquestrée de la circulation par des caillots adhérents, il n'en faut pourtant pas conclure que, dans ces cas, le pus n'a pas été mêlé au sang; car ce mélange a pu se faire avant l'organisation des caillots, ou bien ceux-ci, existant dès le début, ont pu se décoler et se rompre à une certaine époque, et livrer passage au pus; enfin l'infection a pu se faire par les collatérales. Ainsi, dans toute phlébite, il peut y avoir infection du sang par le pus qui est sécrété dans la veine, et c'est cette altération consécutive que le sang éprouve qui détermine la série d'accidents que nous verrons caractériser la seconde période de la maladie, et qui rend compte en outre de la formation de toutes les collections purulentes que nous avons rencontrées dans la plupart des organes. Dans la phlébite il n'y a pas seulement transport mécanique du pus de la veine dans d'autres parties; mais il faut encore admettre avec Dance, que le sang vicié, infecté, est apte à produire des inflammations disséminées toutes spéciales, et qui se terminent rapidement

par suppuration, ou bien encore on peut supposer, avec M. Cruveilhier, que le pus n'étant point éliminé, agit comme un véritable corps étranger qui, s'arrêtant dans certains capillaires, les enflamme et détermine des engorgements sanguins, et bientôt après des abcès. Ces deux théories sont les seules qu'on puisse raisonnablement admettre et défendre aujourd'hui.

Symptômes, marche, durée, terminaison. — On distingue les symptômes de la phlébite en *locaux* et en *généraux*. La veine enflammée est le siége d'une douleur plus ou moins vive. Si le vaisseau est superficiel, on sent un cordon dur, douloureux, inégal, rouge ; si elle est plus profondément placée, on ne perçoit qu'une rénitence, qu'une tension douloureuse, et qui suit exactement le trajet connu d'une veine. La partie malade se meut difficilement, et pour peu que la veine affectée soit volumineuse, et que l'altération occupe une certaine étendue, il existe un œdème plus ou moins considérable en raison de la gêne qu'éprouve la circulation. Enfin à ces symptômes locaux il se joint du malaise, de la céphalalgie, de l'inappétence, de la soif et un mouvement fébrile, continu ou rémittent. La phlegmasie est bornée primitivement aux parties envahies; mais, le plus souvent, elle se propage à de nouveaux points, en suivant le sens de la circulation veineuse, c'est-à-dire des capillaires vers le cœur : cependant cette règle souffre des exceptions très nombreuses; l'inflammation gagne encore souvent une ou plusieurs ramifications de la veine, et parfois même s'étend par les anastomoses aux veines voisines. Cependant, au bout de quelques jours, lorsque le sang a été altéré par son mélange avec le pus, on voit apparaître de nouveaux symptômes caractérisant la seconde période de la maladie, dite période d'*infection*.

Les malades éprouvent alors des frissons irréguliers, revenant parfois périodiquement, et suivis de chaleur vive et sèche, et souvent de sueurs abondantes; le malade est inquiet, agité; il est tourmenté par des rêvasseries; bientôt on remarque un trouble passager dans les idées, puis un délire continu. La face, amaigrie, est pâle, jaunâtre, terreuse, altérée; les traits expriment la stupeur, l'hébétude ; les yeux sont cernés; la langue est sèche, fuligineuse, tremblotante; il y a souvent du dévoiement fétide; le pouls est petit, faible, et les forces sont prostrées. C'est au milieu de ces accidents qu'on voit souvent apparaître dans divers points du corps, dans le tissu cellulaire ou l'épaisseur des muscles, les abcès dont nous avons parlé. Chez d'autres, c'est un ictère qui envahit rapidement tout le corps, et qui coïncide le plus souvent avec la formation d'abcès métastatiques dans le foie; d'autres malades accusent des douleurs vives, atroces, térébrantes, dans plusieurs articulations, qui, le plus souvent alors, se remplissent de pus; enfin, chez quelques autres individus, on voit survenir les signes d'une pleurésie suraiguë,

ou bien il y a une toux sèche, de l'oppression, de la dyspnée, phénomènes qui se rattachent quelquefois à la formation de noyaux sanguins ou d'abcès métastatiques dans les poumons. Plusieurs présentent des escarres et des pustules à la peau; enfin, c'est au milieu de cet ensemble de symptômes que les malades succombent. La mort arrive communément dans le courant ou vers la fin du troisième septénaire. Si la maladie doit avoir une heureuse issue, les symptômes généraux et locaux diminuent peu à peu d'intensité, avant l'instant où doivent apparaître les accidents de la période d'infection.

Variétés suivant le siége. — Les symptômes de cette seconde période sont absolument les mêmes, quel que soit d'ailleurs le siége de la phlébite; mais il n'en est plus de même des symptômes locaux, qui diffèrent entre eux suivant la veine qui est affectée. Ce que j'ai dit précédemment s'applique aux phlébites des veines des membres; mais les symptômes locaux manquent plus ou moins complétement dans les inflammations des veines splanchniques, telles que les veines cave, porte, iliaque ou hypogastrique, etc. Cependant, si l'oblitération de ces vaisseaux est complète, on devra souvent observer un épanchement séreux dans les membres, les parois du tronc et la cavité abdominale, accidents qui, rapprochés des symptômes généraux d'infection, pourront faire diagnostiquer la nature et même le siége de la maladie.

La phlébite des veines utérines, qu'on n'observe guère qu'après l'accouchement, s'accompagne souvent de quelques symptômes locaux, dont aucun d'ailleurs n'est caractéristique : ainsi, l'utérus cesse de revenir sur lui-même; l'organe reste volumineux et proémine à l'hypogastre; il est très légèrement douloureux à la pression. La malade se plaint en outre de pesanteur à l'hypogastre; les lochies sont fétides, moins abondantes. J'ai vu pourtant tous ces phénomènes manquer parfois complétement. Ainsi, il n'est par rare que la matrice, nonobstant l'inflammation de ses veines, revienne peu à peu à son volume naturel; la pression hypogastrique et le toucher ne réveillent parfois aucune douleur; les lochies coulent comme de coutume. Le seul phénomène morbide qu'on observe alors est une fièvre souvent modérée, mais continue, offrant des exacerbations plus ou moins régulières. Enfin, au bout de quelque temps, apparaissent les signes d'infection, qui seuls révèlent la nature de l'affection et ses dangers.

L'inflammation des sinus cérébraux décrite par M. Tonnelé peut être tout-à-fait latente et ne s'accompagner d'aucun symptôme local, et peut-être moins souvent encore des symptômes généraux de résorption. Cependant, lorsqu'un des sinus principaux se trouve oblitéré, il en résulte une infiltration séreuse ou sanguine des méninges, des épanchements apoplectiques et des ramollissements rouges, lésions qui produisent de la céphalalgie, de la somnolence, du coma, des convulsions, la para-

lysie, etc. ; mais il est à peu près impossible de remonter à la véritable cause de pareils accidents.

Diagnostic. — D'après ce qui précède, on voit que l'inflammation qui n'affecte point une veine superficielle, que la phlébite utérine, par exemple, ne peut guère être diagnostiquée que par les symptômes généraux d'infection purulente. Lorsque, en effet, dans le cours d'un appareil fébrile continu, et qui existe depuis sept, huit ou dix jours, on voit survenir des frissons irréguliers, du délire, la prostration, une teinte ictérique, on devra déjà redouter une infection du sang par la matière purulente; ces craintes sont encore plus fondées lorsqu'à ces symptômes il se joint des douleurs articulaires. Enfin, le doute n'est plus permis lorsqu'on voit se développer des abcès multiples dans diverses parties du corps.

Le délire pourrait jusqu'à un certain point faire confondre une phlébite avec une affection cérébrale; mais la marche de la maladie empêchera toujours de commettre une pareille méprise. Trop de différence existe également entre la phlébite et la fièvre typhoïde pour qu'un homme expérimenté puisse jamais les confondre. Si, en effet, la prostration, le subdélirium, l'hébétude, la sécheresse de la langue, sont des symptômes communs aux deux maladies, cependant, dans la fièvre typhoïde seule, on trouve le météorisme, le gargouillement dans la fosse iliaque, l'intumescence de la rate, l'éruption lenticulaire, le râle sibilant dans la poitrine, indépendamment des lumières que fourniront la marche comparative des deux maladies et les symptômes du début, comme la céphalalgie et les épistaxis. Les frissons revenant souvent périodiquement, et l'aggravation également régulière des symptômes pourraient encore faire confondre la phlébite avec une fièvre intermittente. Mais ici il n'existe jamais d'apyrexie ; il y a toujours un appareil fébrile continu et les symptômes généraux propres aux résorptions purulentes. Si l'absence de tout symptôme local empêche de déterminer le siége de l'affection, certains commémoratifs ont néanmoins une grande valeur : ainsi des signes d'infection survenant dans le cours de l'état puerpéral ou à la suite d'une opération sanglante faite sur l'utérus, indiquent que l'inflammation occupe les veines de cet organe ou celles de l'excavation pelvienne. De même, la connaissance d'une contusion ou d'une plaie du crâne qui aurait précédé la manifestation des signes d'infection purulente feront supposer une phlébite des veines du péricrâne ou des sinus du diploé.

Pronostic. — La phlébite est une des maladies les plus graves. Le danger est en rapport avec l'étendue de la phlegmasie. L'inflammation des veines des membres est moins grave que celle des cavités splanchniques. La phlébite qui survient spontanément est plus fâcheuse que celle qui est consécutive à une violence extérieure. L'oblitération du vaisseau

est une circonstance favorable, car elle diminue les chances de l'infection du sang, qui est un accident presque toujours mortel.

Etiologie. — Il n'est aucune des veines principales du corps qu'on n'ait trouvée enflammée plus ou moins fréquemment. La phlébite est rarement spontanée : le plus souvent elle survient sous l'influence de causes mécaniques. Ainsi, la phlébite des membres, qui est la plus fréquente, est presque toujours produite par quelque violence extérieure, comme une contusion, une déchirure de la veine, ou une piqûre avec un instrument sale, rouillé ou imprégné d'une matière animale putride. Ainsi, on voit très souvent l'inflammation des veines du pli du bras et de la saphène interne survenir à la suite de l'opération de la phlébotomie, lorsqu'on l'a faite avec une lancette en mauvais état, ou lorsque les malades se sont servis de leurs bras avant que la cicatrisation de la veine fût complète, ou bien encore lorsque la plaie a été irritée par le contact de quelque corps étranger. Les piqûres anatomiques ou bien l'immersion d'une partie dénudée, excoriée, dans un liquide putride, comme l'eau des macérations anatomiques ou les épanchements purulents, sont des causes très actives de phlébite, et qui emportent tous les ans à Paris plusieurs jeunes confrères. On sait enfin que la phlébite est l'accident le plus redoutable après toutes les grandes opérations, et généralement après toutes les solutions de continuité. La simple contusion d'une veine est plus souvent qu'on ne croit la cause de phlébites qui sont ordinairement méconnues pendant la vie. C'est ce qu'on observe spécialement pour les veines qui appuient sur les os, et qui en raison de cette circonstance, éprouvent plus fortement les effets du choc. Ainsi, nous avons vu quelquefois une contusion de la tête produire une inflammation des veines du péricrâne, ou bien des sinus du diploé lui-même : aussi, lorsqu'on voit se développer des accidents de résorption purulente chez un individu bien portant, et qui n'a nulle part de foyer de suppuration, il faudra, par l'étude des commémoratifs, et par l'inspection attentive de toute la surface du corps et du crâne en particulier, s'assurer s'il n'existe aucune trace de contusion qui aurait pu être le point de départ de la maladie. Enfin, la phlébite des veines utérines, qui emporte un si grand nombre de femmes en couches, doit être encore considérée comme une inflammation traumatique. On sait, en effet, qu'après l'expulsion du placenta, les veines restent pendant quelque temps béantes au fond de l'utérus, qui est baigné par des matières sanieuses, purulentes, putrides, lesquelles, en s'introduisant dans les veines utérines, ont souvent pour effet de les enflammer.

Traitement. — Le traitement de la phlébite, à sa première période, est tout antiphlogistique. Si la réaction fébrile est vive, et le pouls fort, résistant, on pratiquera une ou plusieurs saignées. Lorsque la veine est superficielle, on appliquera sur tout son trajet un grand nombre de

sangsues; on enveloppera la partie de cataplasmes émollients, et on la plongera plusieurs fois par jour dans un bain tiède. Il sera également très avantageux de recourir, à cette époque, à des onctions mercurielles faites sur le trajet de la veine enflammée. Enfin, on s'assurera qu'il n'existe aucun point fluctuant, et si on venait à en découvrir un, on devrait aussitôt, par une incision *transversale*, donner issue à la suppuration, afin de prévenir son passage dans le torrent circulatoire. L'infection du sang par le pus que la veine sécrète est un danger toujours imminent dans le cours de la phlébite; c'est dans le but de le prévenir que quelques personnes ont conseillé d'exercer une compression de la veine aux limites de l'inflammation les plus voisines du cœur, dans le but de déterminer une adhérence des parois ou la formation de caillots fibrineux, ou bien encore de s'opposer mécaniquement, par l'aplatissement du vaisseau, au passage du pus. Nous avons plusieurs fois essayé ce moyen avec avantage; cependant, quoi qu'on fasse, dans beaucoup de cas, le pus finit toujours par infecter le reste du sang par la circulation collatérale. Lorsque les symptômes de l'infection sont survenus, le malade est voué à une mort peut-être certaine. Tous les moyens qu'on a employés jusqu'à présent ont été inutiles : tels sont les émissions sanguines, les toniques, et particulièrement le quinquina, les bains, les affusions, les vésicatoires, les évacuants, et particulièrement les purgatifs; les excitants diffusibles, les mercuriaux; enfin, les contro-stimulants. Il faut donc désormais chercher parmi d'autres agents des ressources contre l'accident dont je parle.

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME LYMPHATIQUE.

On sait que le système lymphatique se compose de vaisseaux et de ganglions. Nous allons étudier successivement l'inflammation dans ces deux ordres d'organes.

DE L'INFLAMMATION DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

SYNONYMIE — Angioleucite, lymphatite, lymphite, lymphangite.

A différentes époques les auteurs ont invoqué l'inflammation du système lymphatique comme étant la source d'une foule d'affections aiguës et chroniques; mais la plupart de ces opinions n'avaient point pour base une observation sévère, et ce n'est que dans ces dernières années qu'on a convenablement étudié ce point de la science. Les connaissances précises que nous avons à ce sujet sont dues, surtout, aux travaux de MM. les professeurs Andral, Cruveilhier, Velpeau, et des docteurs Tonnelé, Duplay, Nonat, etc.

Anatomie pathologique. — Les vaisseaux lymphatiques qui sont le siége d'une inflammation aiguë augmentent de volume et deviennent visibles à l'œil nu. Ils se montrent alors sous la forme de cordons, blancs ou rougeâtres, bosselés, inégaux, pouvant égaler en volume une plume de corbeau. Il sont généralement distendus par un pus phlegmoneux homogène; leur face interne est quelquefois tapissée d'une fausse membrane; leurs parois sont souvent rouges, dures, friables, épaissies; elles ne s'affaissent plus lorsqu'on pique le vaisseau et qu'on le vide du pus qu'il contient. Le plus souvent, le lymphatique continue à être perméable, mais quelquefois il est oblitéré par une fausse membrane ou par l'adhésion des parois. De pareilles oblitérations ont été plusieurs fois observées pour une partie du canal thoracique lui-même, qu'on a vue transformée en un cordon fibreux. Dans un grand nombre de cas pourtant, du pus existe dans les vaisseaux lymphatiques, sans qu'il soit possible de constater aucune lésion manifeste dans les parois de ces organes. C'est ce qu'on observe, par exemple, fréquemment pour les lymphatiques de l'utérus et du bassin chez les femmes qui succombent à la fièvre puerpérale. On a alors été porté à admettre que le pus avait simplement pénétré dans les vaisseaux; et il faut avouer que cette opinion est presque toujours justifiée par la présence d'un foyer purulent dans un organe voisin. Il est rare de trouver des abcès métastatiques chez les sujets qui succombent à une angioleucite; cependant M. Velpeau paraît en avoir observé plusieurs fois de très nombreux et très petits dans les poumons et dans le foie.

Symptômes, marche. — Lorsque l'inflammation occupe les vaisseaux lymphatiques superficiels, on voit se dessiner à la surface de la peau des stries, des rubans ou de simples plaques d'un rouge plus ou moins vif, irréguliers, tortueux, circonscrivant des espaces de peau saine. Ils occupent une étendue plus ou moins considérable; ils s'étendent parfois sur toute la longueur d'un membre, et ont presque toujours pour point de départ une altération des téguments, comme une plaie, une phlegmasie ou une suppuration. C'est le plus souvent dans le voisinage de ces lésions que la lymphite commence. Mais il n'est pas rare aussi que les premières rougeurs se montrent dans un point plus ou moins éloigné. Ces rougeurs peuvent exister d'une manière continue, ou bien elles sont d'abord disséminées; mais bientôt elles se réunissent, se confondent et forment une rougeur uniforme offrant le caractère d'un érysipèle ordinaire. La partie malade est le siége d'une douleur brûlante que la pression exaspère; il y a un gonflement ordinairement peu considérable et comme œdémateux. Enfin, les ganglions auxquels se rendent les lymphatiques enflammés sont presque toujours douloureux et gonflés. Si l'inflammation atteint primitivement le plan profond des vaisseaux lymphatiques, c'est, comme le dit M. Velpeau, la douleur qui fixe

d'abord l'attention; elle est profonde, pongitive ou lancinante; elle est fixe, mais disséminée comme par foyers et d'une intensité inégale dans les différents points. Si on palpe, on sent profondément des points indurés très douloureux qui finissent par soulever la peau et produisent souvent un gonflement œdémateux de toute la partie.

Les symptômes généraux de l'angioleucite se bornent communément à quelques frissons, à un état de malaise qui en marque le début; la fièvre est plus ou moins vive; il y a alors de la soif, de l'inappétence et des vomissements. Ces symptômes appartiennent exclusivement à la phlegmasie; mais il en est d'autres résultant de l'infection du sang : tels sont le délire, la prostration, la langue fuligineuse, la petitesse du pouls, etc. Mais de pareils accidents sont fort rares; car les ganglions lymphatiques, qui eux-mêmes sont enflammés, opposent le plus souvent une barrière insurmontable au pus, et empêchent que ce liquide ne pénètre dans le système veineux. Cependant cette pénétration a lieu quelquefois; mais elle se fait lentement : aussi les symptômes d'infection de l'angioleucite ne sont jamais ni aussi graves ni aussi rapides que dans la phlébite. Il faut pourtant excepter les cas où la maladie est survenue après l'introduction dans l'économie d'une matière septique : c'est ainsi que beaucoup des individus qui succombent après une piqûre anatomique commencent par éprouver une angioleucite qui s'accompagne bientôt des accidents les plus formidables des résorptions purulentes, et sans que l'autopsie révèle aucune inflammation appréciable des veines.

Terminaison. — L'angioleucite peut se terminer par résolution; c'est ce qui a lieu le plus souvent, lorsque l'inflammation n'atteint qu'un petit nombre de vaisseaux superficiels. Dans le cas contraire, la maladie se termine par suppuration, et on trouve alors le pus infiltré ou réuni en collections plus ou moins vastes. On a dit que la phlegmasie pouvait se terminer par induration et par gangrène, ce qui n'est peut-être pas encore parfaitement démontré. L'opinion de M. Alard, qui regarde l'angioleucite chronique comme constituant l'éléphantiasis, ne repose sur aucune observation précise, et elle n'est basée sur aucun fait d'anatomie pathologique.

Durée. — L'angioleucite a une durée très variable : lorsque la maladie n'occupe qu'un petit nombre de vaisseaux superficiels, la résolution peut être complète dès le quatrième ou cinquième jour; d'autres fois la phlegmasie continue à s'accroître pendant sept à huit jours, et c'est alors, ou bien beaucoup plus tard, comme au vingtième jour, que la guérison survient.

Diagnostic. — L'angioleucite ne pourra être confondue qu'avec la phlébite, l'érysipèle et l'érythème noueux. Elle diffère de la phlébite, parce que dans celle-ci il y a un cordon plus dur, plus gros, plus douloureux et plus profond, existant sur le trajet connu d'une veine. On

n'observe pas le gonflement des ganglions voisins; enfin on voit plus fréquemment survenir des symptômes d'infection, qui suivent toujours une marche très aiguë. L'érysipèle diffère de l'angioleucite par une rougeur uniforme et occupant un certain espace, s'accompagnant de dureté du derme, et souvent de phlyctènes. L'érythème noueux a beaucoup plus de ressemblance avec l'angioleucite; il en diffère pourtant en ce que les plaques, plus foncées, très superficielles, offrent à la pression une mollesse comme fluctuante, et se terminent constamment par résolution.

Pronostic. — L'angioleucite a presque toujours une heureuse terminaison; elle peut pourtant avoir une issue fâcheuse : c'est ce qu'on observe spécialement dans les cas où il y a eu absorption d'un principe septique, comme on le voit trop fréquemment après les piqûres anatomiques.

Étiologie. — L'angioleucite est une maladie presque toujours consécutive : ainsi elle survient ordinairement après des blessures de la peau, surtout lorsqu'elles ont été irritées ou qu'elles ont été produites avec un instrument sale; elle se déclare aussi après des contusions, ou bien au voisinage de parties enflammées.

Traitement. — L'angioleucite réclame les mêmes moyens que la phlébite. On insistera particulièrement sur les saignées locales, les bains et les cataplasmes émollients, auxquels on joindra souvent les onctions mercurielles. Les vésicatoires volants sont indiqués lorsque, la phlegmasie restant stationnaire, il s'agit de décider une résolution ou une suppuration jusque là incertaine. Enfin dans ces cas, ou bien encore dès le début, lorsque l'angioleucite est très superficielle, on pourra avec avantage exercer la compression. Si des symptômes d'infection survienent, l'art n'a encore aucun moyen efficace pour les combattre.

DE L'ADÉNITE OU INFLAMMATION DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

Les ganglions lymphatiques s'enflamment beaucoup plus fréquemment que les vaisseaux blancs.

Caractères anatomiques. — Dans un premier degré, le tissu du ganglion est gonflé, rougeâtre, rouge-brun, humide et friable; il peut finir par se ramollir et offrir une diffluence semblable à celle de la rate dans les fièvres typhoïdes. A une époque encore plus avancée, on trouve du pus disséminé, infiltré, puis réuni en un ou plusieurs foyers. On a prétendu que, dans l'adénite, l'inflammation occupait le tissu cellulaire interstitiel, parce qu'on assure qu'un anatomiste est parvenu à pousser du mercure dans les vaisseaux lymphatiques des ganglions enflammés; cependant ce fait n'est pas encore suffisamment établi, et le fût-il, il ne serait pas encore tout-à-fait concluant.

Symptômes. — Lorsqu'un ganglion s'enflamme, il augmente de volume, il durcit et devient le siége de douleurs lancinantes continues; il finit par former une tumeur phlegmoneuse saillante, et la peau participe bientôt à la phlegmasie. Celle-ci peut se terminer par résolution ou être suivie de suppuration, d'induration, très rarement de gangrène. Cette maladie, lorsqu'elle est simple, a presque toujours une heureuse issue; il est inutile de dire que je ne parle ici que de l'adénite externe et de celle qui ne se lie à aucun état général grave.

Etiologie. — L'inflammation des ganglions lymphatiques est presque toujours symptomatique d'une irritation qui siège plus ou moins loin. Ainsi les ganglions sous-maxillaires et ceux des parties latérales du cou s'engorgent, s'enflamment dans les maladies du cuir chevelu, dans l'érysipèle et les ulcères de la face, dans les cas de stomatite, de dentition difficile, d'angine simple et surtout couenneuse. L'inflammation des ganglions axillaires reconnaît ordinairement pour cause une excoriation, une piqûre au doigt, une plaie, une cause d'irritation sur les parois de la poitrine. Enfin la phlegmasie des ganglions du pli de l'aine est ordinairement consécutive à une maladie des organes génitaux externes ou à quelque cause d'irritation placée sur le membre inférieur, comme une solution de continuité, une pression excessive du pied par une chaussure trop étroite, etc. Les ganglions placés dans les cavités splanchniques ne s'enflamment guère aussi que d'une manière consécutive; tels sont les ganglions bronchiques si souvent altérés dans la pneumonie, tels sont surtout les ganglions mésentériques qui passent par tous les degrés de l'inflammation aiguë dans les cas de fièvres typhoïdes et fréquemment aussi dans la dysenterie. Cependant il est incontestable que quelquefois l'inflammation des ganglions a lieu primitivement et sans qu'on puisse saisir aucun changement appréciable dans les parties voisines; c'est ce que nous verrons, par exemple, pour l'érysipèle; et c'est aussi ce que nous avons vu dans la peste.

Traitement. — L'adénite aiguë réclame à peu près le même traitement que le phlegmon, c'est-à-dire les émissions sanguines, les bains, les cataplasmes. Si la suppuration se déclare, il faut ouvrir l'abcès dès que la présence du pus est certaine. Les vésicatoires, que quelques personnes emploient pour favoriser la résolution de l'engouement ou la résorption du pus, m'ont paru n'avoir aucun avantage. Si l'induration persiste à l'état chronique, on devra employer les fondants, les résolutifs en topiques et en frictions (pommades iodurées, mercurielles, etc.).

INFLAMMATIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRALE.

Le mot *méningite* est une expression collective servant à désigner l'inflammation simultanée de l'arachnoïde et de la pie-mère, tandis que les mots d'*arachnitis* ou d'*arachnoïdite*, et celui de *pie-mérite*, expriment l'idée d'une inflammation bornée à l'arachnoïde et à la pie-mère seulement, ce qui d'ailleurs est extrêmement rare. Il est douteux que la dure-mère soit susceptible de s'enflammer, du moins d'une *manière primitive*. Les faits rapportés par Abercrombie ne sont pas assez concluants; cependant il est certain qu'on a trouvé cette membrane manifestement enflammée, consécutivement à une altération des os du crâne; mais jusqu'à présent on n'a pu saisir aucun symptôme capable de révéler une pareille altération.

Historique et divisions. — Sous le nom de *phrenitis*, les anciens auteurs ont confondu l'inflammation des méninges, celle du cerveau et beaucoup de délires purement sympathiques; mais aujourd'hui ces affections, distinctes sur le cadavre, le sont aussi presque toujours sur le vivant. Dans le courant du siècle dernier, et même jusque dans ces derniers temps, quelques auteurs, trop préoccupés de l'épanchement séreux qu'on observe assez souvent dans la méningite, considérèrent cette altération comme le caractère fondamental d'une maladie spéciale qu'on nommait *hydrocéphale aiguë*. Mais il est aujourd'hui incontestable qu'il faut rapporter à la méningite ou à la méningo-encéphalite presque toutes les observations d'hydropisies aiguës du cerveau qui ont été publiées. Enfin les recherches des modernes ont encore démontré que, sous le point de vue tant anatomique que pathologique, il fallait distinguer deux espèces de méningites qu'on a confondues jusque dans ces derniers temps; dans l'une, il y a production, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, de granulations particulières qui sont de nature tuberculeuse; dans l'autre, au contraire, on constate seulement les caractères propres aux inflammations du tissu séreux. Il ne sera question ici que de cette dernière, que nous considérerons à l'état aigu et à l'état chronique, renvoyant l'étude de la première variété quand nous traiterons de la maladie tuberculeuse. La méningite, telle que nous la comprenons dans cet article, a été l'objet de quelques travaux importants : nous citerons surtout ceux de MM. Andral et Guersant, ainsi que la bonne monographie publiée en 1821 par Parent-Duchâtelet et Martinet.

Caractères anatomiques. — L'injection simple de la pie-mère, coïncidant avec une sécheresse particulière et l'état poisseux de l'arachnoïde, a été considérée par quelques auteurs comme devant se rapporter à la

première période de la méningite. Toutefois ces lésions ne nous semblent pas suffisantes pour caractériser une phlegmasie des méninges; d'ailleurs il suffit que celle-ci persiste pendant quelques heures seulement pour voir survenir des altérations de nutrition et de sécrétion, qui ne laissent aucun doute sur le caractère de la maladie. L'injection vive qu'on aperçoit sur la surface du cerveau siège exclusivement dans la pie-mère, ou dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; elle ne pénètre probablement jamais l'arachnoïde, qui est toujours incolore et transparente. C'est en raison de cette circonstance que quelques médecins ont soutenu, bien à tort, que, dans la méningite, l'arachnoïde était toujours intacte. Il arrive, en effet, fréquemment que, sans être injecté, le tissu de cette membrane est devenu opaque, friable, cassant; sa surface peut être inégale et dépolie; enfin il n'est pas rare de trouver dans sa cavité même une sérosité lactescente, du pus ou des fausses membranes albumineuses. Cependant presque toujours ces produits existent à peu près exclusivement dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien : ils consistent en une sérosité opaque d'aspect purulent ou en une couche pseudo-membraneuse répandue uniformément ou par places irrégulières sur les circonvolutions seulement; mais plus souvent encore elles se prolongent profondément jusque dans les anfractuosités. La pie-mère, qui paraît être dans ce dernier cas le siége presque exclusif de la maladie, est alors d'un rouge vif; son tissu est humide, friable; elle se sépare ass z facilement du cerveau; mais lorsque la phlegmasie s'est propagée à la surface des circonvolutions, on ne peut l'en détacher qu'en entraînant en même temps avec elle un peu de substance cérébrale qui est rouge, ramollie, ou plus consistante que de coutume, mais aussi très friable. Cette altération du cerveau existe communément sur une assez grande étendue; elle caractérise la forme d'encéphalite qu'on a nommée *diffuse*, et qui en raison de sa coïncidence avec l'inflammation des méninges est plus souvent désignée sous les noms de *céphalo-méningite*, et de *méningo-encéphalite*.

La méningite est rarement générale; elle est plus souvent bornée à la convexité des hémisphères; quelquefois elle n'occupe que la base; elle peut même être circonscrite à un des lobes du cerveau, du cervelet, à la protubérance ou à la moelle allongée; enfin l'inflammation peut gagner la membrane des ventricules; ces cavités contiennent alors un liquide floconneux ou séro-purulent. La méningite de la convexité est plus commune chez les adultes, tandis que chez les enfants l'inflammation envahit plus fréquemment les méninges qui tapissent la base du cerveau.

Symptômes, marche. — La méningite peut avoir un début brusque ou bien être précédée de quelques prodromes dont les plus fréquents sont un malaise général, de la pesanteur de tête, quelques vertiges, de la torpeur intellectuelle et des épistaxis. Cependant, après une durée

qui varie entre quelques heures et plusieurs jours, la maladie débute, et on peut, eu égard aux symptômes qui surviennent, la diviser en deux périodes qui sont : celle d'*exaltation* et celle de *collapsus*.

Première période. — Dans les cinq sixièmes des cas au moins, le début de la méningite est marqué par une céphalalgie plus ou moins vive, accompagnée d'agitation, d'insomnie, de fièvre intense, et souvent aussi de constipation et de vomissements. Mais la céphalalgie forme surtout alors le caractère prédominant; elle est ordinairement vive, lancinante, parfois sourde, obtuse, compressive; elle augmente presque toujours par les mouvements et les secousses du corps, et souvent par l'impression d'une lumière trop vive ou de sons trop aigus. Elle est rarement générale; elle n'occupe le plus souvent qu'une partie circonscrite de la surface du crâne, et spécialement le front, plus rarement les tempes, le sinciput et l'occiput, ou seulement une moitié du front. D'ailleurs on peut rarement juger d'après la place occupée par la douleur quel est le siége et l'étendue de l'altération des méninges. La céphalalgie est à peu près la seule altération que la sensibilité éprouve dans la méningite intra-crânienne; ce n'est, en effet, que dans des cas tout-à-fait exceptionnels qu'on constate simultanément quelques douleurs dans d'autres parties du corps. Cependant à la céphalalgie se joint bientôt de l'agitation et du délire, souvent calme, ne consistant que dans un marmottement continuel de mots inintelligibles. Beaucoup de ces malades, interrogés et distraits de leurs idées, répondent exactement; mais d'autres fois il y a dès le début un délire furieux qui force à fixer les malades dans leur lit à l'aide de la camisole. Quelle que soit d'ailleurs sa forme, le délire est, en général, continu; cependant il n'est pas très rare de le voir cesser momentanément et être remplacé par des intervalles plus ou moins lucides. C'est encore à cette époque qu'on constate des troubles divers dans les organes locomoteurs, tels que des soubresauts des tendons, un tremblement des membres ou de véritables mouvements convulsifs, comme ceux qui caractérisent le tétanos ou l'épilepsie. Les convulsions, plus communes chez les enfants que chez les adultes, sont ordinairement partielles; les parties qui en sont le plus souvent le siége sont, dans leur ordre de fréquence, les masséters, les muscles de la partie postérieure du cou, et enfin ceux des extrémités supérieures et inférieures. Enfin, dans un dixième des cas, on constate du strabisme; celui-ci est tantôt permanent, tantôt il est passager. Cette déviation dans l'axe visuel explique souvent les troubles de la vision, et notamment la diplopie qu'on observe chez quelques malades. Les mouvements convulsifs alternent ordinairement avec un peu d'assoupissement ou un état comateux, quelquefois avec des paralysies partielles; mais ces accidents qui, d'ailleurs, peuvent être observés dès le début, marquent ordinairement le passage de la première période de la maladie à

la seconde. Ils coïncident le plus souvent avec la diminution ou la cessation de la céphalalgie; enfin, après une durée qui est ordinairement de trois à quatre jours, et qui peut varier entre un jour et deux septénaires, la maladie arrive à sa seconde période ou de collapsus.

Deuxième période. — A cette époque l'état d'exaltation cesse; le délire est remplacé par un assoupissement dont on peut d'abord retirer les malades, et qui devient ensuite permanent. Aux mouvements convulsifs a succédé la résolution égale des membres, ou plus marquée dans un des côtés; quelquefois la paralysie est partielle, limitée à une moitié du corps, à la face, à un membre ou seulement à quelques muscles, comme aux paupières. Ces paralysies sont permanentes, ou bien elles sont passagères; elles cessent et reviennent irrégulièrement; elles alternent quelquefois avec de la contracture et avec des mouvements convulsifs. Enfin il n'est pas rare de voir, dans un point du corps assez circonscrit, comme la face, quelques muscles, tels que ceux des paupières, paralysés, tandis que tous les autres sont agités par des secousses convulsives. Les évacuations alvines ont lieu involontairement, et l'on observe souvent la rétention d'urine; enfin la sensibilité est obtuse ou même complétement abolie, le malade reste insensible à tout ce qui l'entoure, il ne paraît plus entendre ni voir. Quoique, dans un grand nombre de cas, les pupilles soient contractiles, régulières, cependant on les voit communément très dilatées, et fréquemment elles sont inégales entre elles et irrégulières. La figure constamment pâle exprime la stupeur, et on n'observe point ces alternatives de rougeur et de pâleur qui sont si communes dans la méningite tuberculeuse. Au milieu de ces graves symptômes, le pouls a souvent acquis une grande fréquence, il est devenu irrégulier et intermittent; cependant il arrive assez souvent que le pouls est sans fréquence, ou que même il bat avec plus de lenteur que de coutume; ce serait même le cas le plus commun d'après les faits analysés par M. Andral. A cette époque, la respiration s'accélère, et devient entrecoupée; enfin la mort arrive lentement, et se termine quelquefois brusquement au milieu d'un accès convulsif. La durée de cette période varie entre un et cinq jours : il est rare qu'elle se prolonge davantage. En somme la maladie offre une durée moyenne de un à deux septénaires, rarement elle dépasse vingt-cinq jours, il est peut-être plus rare encore qu'elle se termine après trois ou quatre jours.

Variétés. — Tels sont les symptômes et la marche la plus ordinaire de la méningite; cependant la maladie ne se traduit pas toujours par les mêmes phénomènes morbides. Ceux-ci d'ailleurs ne se reproduisent pas toujours dans l'ordre de succession que nous avons indiqué. C'est ainsi que la céphalalgie et le délire peuvent manquer; la méningite peut débuter alors brusquement par des mouvements convulsifs épileptiformes qui se reproduisent à des intervalles rapprochés; ou bien même la période

d'excitation manquant tout-à-fait, la maladie débute spontanément par la paralysie ou un état comateux. Toutefois les faits de ce genre sont excessivement rares. Il n'est pas bien prouvé d'ailleurs que, dans ces cas, la période d'excitation ait complétement manqué, car il arrive quelquefois que celle-ci n'est caractérisée que par quelques phénomènes très fugaces, et qui peuvent échapper à une observation superficielle. Il est, par contre, des individus qui ne dépassent point la première période, soit que la maladie se termine par résolution, soit, ce qui est plus commun, qu'elle ait une issue fâcheuse avant que les accidents de collapsus puissent se déclarer. Dans ces derniers cas, les individus meurent communément emportés par la violence du délire ou des accidents convulsifs; la vie semble s'éteindre alors chez eux à cause de la superstimulation du cerveau.

Ces différentes modifications que la maladie présente sont le plus souvent indépendantes de l'âge des malades et du siége de l'affection ; cependant il est incontestable que le délire manque plus rarement dans la méningite de la convexité des hémisphères que dans celle de la base, tandis que le coma survient plus fréquemment, du moins comme symptôme primitif, dans la seconde, ou bien encore lorsqu'un épanchement se forme dans les ventricules.

Terminaisons. — La méningite peut se terminer par la guérison : celle-ci est presque toujours complète et arrive rapidement. Dans quelques cas, pourtant, le travail de résolution se fait lentement; les facultés intellectuelles restent pendant longtemps obtuses ou perverties; quelques malades conservent même pendant un temps plus ou moins long la perte d'un sens ou des paralysies partielles de quelques muscles, etc. Enfin on ne voit presque jamais la maladie passer à l'état chronique.

Diagnostic. — La méningite simple offre de nombreux points de contact avec la méningite tuberculeuse : nous verrons plus tard, en parlant de cette dernière, qu'il est possible le plus souvent de les distinguer pendant la vie : cette connaissance importe d'ailleurs beaucoup pour le pronostic. En ayant égard aux symptômes d'excitation de la première période, et à l'appareil fébrile qui les accompagne, il sera toujours facile de distinguer la méningite des congestions et des hémorrhagies cérébrales. C'est encore à l'aide de ces mêmes caractères qu'on établira le diagnostic différentiel de la méningite d'avec l'épilepsie et le tétanos : c'est ce que nous indiquerons d'ailleurs avec plus de détails en traitant de ces maladies. Je renvoie également aux articles *Manie*, *Délire aigu* et *Delirium tremens*, pour connaître les caractères qui distinguent ces affections de la méningite. Il ne faut jamais oublier que les signes prédominants de la méningite, tels que la céphalalgie, le délire, le coma, les convulsions, sont plus fréquemment des troubles sympathiques qu'ils ne se rattachent à une lésion des centres nerveux ; on devra donc, toutes les fois que

ces accidents se développent, s'assurer, par l'étude des commémoratifs et l'exploration attentive de tous les organes et de toutes les fonctions, qu'il n'existe nulle part de lésion capable d'expliquer les troubles cérébraux qu'on observe. Les fièvres éruptiques, le travail de la dentition chez les enfants, la pneumonie chez les adultes, les fièvres puerpérales, la phlébite, et les maladies de résorption, sont les affections qui excitent surtout le délire et la plupart des accidents qui marquent la première période de la méningite. Nous avons vu également que la fièvre typhoïde, par sa forme ataxique, pouvait simuler une phlegmasie des méninges, en raison du délire, puis du coma, de la contracture, des mouvements convulsifs, et des soubresauts qu'on observe si communément dans son cours. Cependant l'existence de la diarrhée, du météorisme, du gargouillement dans la fosse iliaque, le développement de la rate, le râle sibilant, l'éruption des taches lenticulaires et les sudamina permettront toujours de rapporter à leur véritable cause les troubles cérébraux qu'on observe. Enfin, en supposant que la plupart des symptômes qui précèdent manquent, on pourra encore, d'après la marche des accidents, reconnaître le véritable caractère de la maladie. Dans la fièvre typhoïde, en effet, les symptômes cérébraux (la céphalalgie exceptée) ne se montrent jamais dès le début; ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'ils apparaissent : le contraire a lieu dans la méningite. Enfin on pourrait confondre avec la méningite la fièvre pernicieuse délirante, convulsive, apoplectique, à cause des intermittences complètes, ou tout au moins des rémittences qu'on observe périodiquement, non seulement dans les symptômes cérébraux, mais encore dans la fièvre. Mais, dans la méningite, il y a une marche continue, du moins dans les symptômes fondamentaux; et s'il y a de la rémittence quelquefois, ce n'est que dans quelques uns des accidents, et spécialement dans le coma et les convulsions; mais l'appareil fébrile persiste presque toujours au même degré.

La méningite une fois reconnue, on peut aussi quelquefois déterminer son siége : c'est ainsi que la roideur des muscles de la partie postérieure du cou, produisant le renversement de la tête en arrière, la contraction des mâchoires et le resserrement du pharynx indiquent que la phlegmasie a probablement envahi les méninges qui recouvrent la partie inférieure des hémisphères cérébraux et la base du cervelet. On a dit aussi, mais avec moins de raison, que le strabisme avait la même valeur. On ne peut non plus rien conclure sur le siége de la méningite, d'après l'existence ou la prédominance du délire, du coma ou des convulsions. On a prétendu, il est vrai, que le premier caractérisait surtout la méningite de la convexité des hémisphères, et le second la méningite de la base; mais des faits nombreux ont démontré que ces deux symptômes se montraient à peu près également, quel que fût le siége de la maladie.

Quant aux convulsions, aux contractures, à la rigidité, il semble prouvé que ces accidents sont plus communs lorsque la méningite est générale que lorsqu'elle est bornée. Le coma n'est pas un signe certain d'épanchement, puisque nous avons vu qu'il pouvait survenir dès le début et résulter quelquefois d'une sorte de collapsus dans lequel le cerveau tombe après avoir été surexcité. L'hémiplégie qui survient dans le cours d'une méningite indique souvent que la phlegmasie n'occupe qu'un des hémisphères, ou, si elle est générale, elle est un indice que la maladie prédomine dans le côté opposé à la paralysie. Cependant il y a à ce sujet de trop nombreuses exceptions pour oser jamais affirmer dans un cas donné que les choses existent ainsi, car nous avons eu de fréquentes occasions de nous convaincre que des hémiplégies plus ou moins complètes peuvent exister, quoiqu'à l'autopsie on trouve l'injection des méninges et l'épanchement du tissu sous-arachnoïdien aussi marqués d'un côté que de l'autre. Enfin, le trouble des organes des sens, et spécialement celui des yeux, comme le strabisme, la contraction ou la dilatation des pupilles, leur inégalité; enfin, les diverses altérations de la vision, non seulement n'appartiennent pas en propre à la méningite, mais ils ne sauraient ni caractériser une de ses périodes ni indiquer le siége spécial de la phlegmasie. En résumé, nous voyons qu'aucun des symptômes de la méningite, pris isolément, n'est pathognomonique; que chacun d'eux peut manquer, et que nul d'entre eux ne saurait caractériser une forme spéciale de la maladie. On voit donc combien les symptômes de la méningite sont irréguliers quant à leur manifestation, à leur fréquence, à leur marche et à leur durée. Cette irrégularité s'explique lorsqu'on réfléchit que ces désordres fonctionnels sont bien moins l'effet de la phlegmasie des méninges que le résultat de l'impression que cette maladie produit sur le cerveau, et on conçoit que cette impression doit être très différente suivant les individus et suivant aussi qu'il y a ou non complication d'encéphalite.

Il est inutile de dire qu'on ne peut déterminer pendant la vie si la phlegmasie prédomine dans la pie-mère ou dans l'arachnoïde, ou si elle est bornée à l'une de ces membranes seulement. Il est également impossible d'affirmer si la méningite existe seule ou si elle se complique d'une inflammation des circonvolutions cérébrales (*méningo-céphalite*); car, dans l'un et l'autre cas, les symptômes sont exactement les mêmes, et la maladie suit la même marche; c'est ce qui justifie jusqu'à un certain point les anciens médecins d'avoir confondu sous le titre de *phrenitis* l'inflammation des méninges et du cerveau. Il est également impossible de déterminer, même à l'inspection cadavérique, si l'inflammation a commencé par les méninges ou si elle ne les a envahies que consécutivement au cerveau. Nous croyons donc, d'accord avec M. Calmeil, que le mode de développement de la céphalo-méningite est encore inconnu,

et que, hors les cas où la phlegmasie succède à une blessure, on n'est pas fondé à lui assigner d'une manière positive son point de départ.

Pronostic. — La méningite est une des maladies les plus graves ; il est difficile même de préciser le chiffre de sa mortalité. Nous croyons pourtant que la guérison n'a lieu qu'exceptionnellement, et nous pensons qu'on doit accepter avec une grande réserve les résultats des auteurs qui prétendent n'avoir perdu que la moitié ou le tiers de leurs malades ; car tout porte à penser qu'ils ont dû confondre avec des méningites certaines manies aiguës ou des délires purement sympathiques : erreurs dont les hommes expérimentés ne sont pas toujours à l'abri, et qui sont journellement commises par les praticiens peu instruits. Un délire violent, avec une grande excitation générale, est une circonstance qui aggrave le pronostic ; il en est de même des mouvements convulsifs. Enfin le coma permanent qui survient consécutivement à la période d'excitation est l'indice presque certain d'une mort prochaine.

Étiologie. — La méningite simple est une maladie qu'on observe à tous les âges. Assez commune dans les deux premières années de la vie, elle diminue de fréquence de deux à quinze ans ; elle redevient plus commune après la puberté, et surtout dans la période comprise entre vingt et quarante. Les hommes en sont pour le moins deux ou trois fois plus souvent atteints que les femmes. Une constitution forte, un tempérament lymphatique, les professions pénibles, qui exposent ceux qui les exercent aux intempéries, semblent être tout autant de causes prédisposantes de la méningite. Les causes efficientes les plus ordinaires sont les contusions du crâne, avec ou sans fractures, l'insolation, l'abus des boissons alcooliques, une violente secousse morale, enfin une maladie aiguë ou chronique. Celles dans lesquelles on voit survenir le plus fréquemment une méningite intercurrente sont la pneumonie, la néphrite albumineuse, la péritonite, la pleurésie, l'érysipèle de la face et le rhumatisme articulaire aigu.

Traitement. — La gravité de la méningite, et sa marche ordinairement rapide, exigent l'emploi de moyens prompts et énergiques. Parmi eux, les émissions sanguines tiennent le premier rang ; elles seront pratiquées, quels que soient l'âge des sujets et la période à laquelle la maladie est parvenue, pouvu que l'état du pouls le permette ; c'est même d'après lui qu'on détermine le nombre de saignées à faire et la quantité de sang qu'on pourra retirer. Les saignées locales, consistant en une ou plusieurs applications de sangsues derrière les oreilles, devront être préférées, chez les enfants très jeunes, aux saignées générales, tandis que chez les sujets plus âgés, et chez les adultes surtout, il faudra recourir simultanément à la phlébotomie. La saignée sera faite au bras ; les saignées des veines du pied ou de la jugulaire, ou bien encore l'ouverture des artères temporales, que quelques personnes préfèrent,

n'offrent aucun avantage, et entraînent souvent plusieurs inconvénients. Quant aux saignées locales, nous croyons que des sangsues appliquées aux apophyses mastoïdes, en petit nombre, mais renouvelées au fur et à mesure qu'elles tombent, de manière à entretenir un écoulement de sang continuel, auront plus d'efficacité que les scarifications à la nuque, et même que l'application d'un grand nombre de sangsues sur le crâne, préalablement rasé. Concurremment avec les émissions sanguines, on emploiera les révulsifs sur les extrémités inférieures (sinapismes, pédiluves irritants, ventouses Junod) et sur le tube digestif, lorsqu'aucune complication n'en contre-indique l'emploi. On donnera la préférence aux huileux, aux purgatifs salins, et surtout au calomel. En même temps, on tâchera de diminuer l'afflux du sang vers le cerveau en tenant la tête très relevée, en la plaçant sur un oreiller de crin ou de balle d'avoine, en entretenant autour du malade une température fraîche; on a aussi conseillé la compression des carotides. Enfin, on fera des applications froides ou même glacées sur le crâne, et on en prolongera plus ou moins l'action. C'est dans ces circonstances que quelques personnes ont vanté l'opium, moyen dont nous nous réservons de parler dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. Lorsque les accidents ataxiques continuent à s'accroître, on leur oppose les antispasmodiques; mais leur utilité est très contestable. Le moyen qui nous paraît être alors le moins souvent inefficace consiste dans les affusions froides données, à la température de 15 à 20°, pendant quelques secondes ou quelques minutes au plus. Enfin, lorsque la période d'excitation est remplacée par l'état comateux; lorsque tout indique une forte compression du cerveau, les émissions sanguines peuvent être encore employées, surtout si on les a négligées dès le début; mais c'est alors qu'il faut recourir aux révulsifs puissants, tels que des vésicatoires aux extrémités et à la nuque; on peut même, dans les cas où le péril est imminent, raser le crâne, et le recouvrir d'un emplâtre épispastique; on pourra aussi traverser la nuque d'un séton. En même temps, on tâchera de modifier la nutrition par les mercuriaux, tels que le calomel, qu'on administre à l'intérieur à doses fractionnées; on fera aussi concurremment, avec l'onguent napolitain, des frictions aux tempes, sur le front ou derrière les oreilles. Il est inutile de dire que les boissons douces et une diète absolue devront seconder l'action des moyens qui précèdent. Il faudra, pendant la convalescence, user des plus grands ménagements, et surveiller avec la plus grande sollicitude l'hygiène des malades.

DE LA MÉNINGITE CHRONIQUE.

La méningite chronique simple, soit primitive, soit consécutive à la méningite aiguë, est excessivement rare, et il est impossible d'en tracer

l'histoire anatomique et surtout symptomatique. Il faut bien se garder de prendre, comme on le fait trop souvent, pour des indices d'une phlegmasie chronique certaines opacités qui existent fréquemment sur l'arachnoïde viscérale, au voisinage de la grande scissure interlobaire. Ces plaques blanches ne sont pas produites, comme certaines taches du péricarde, par un dépôt de matière albumineuse; mais elles sont le résultat d'une simple perversion de la nutrition, indépendante de tout travail inflammatoire. On en trouve de tout-à-fait semblables dans les autres séreuses viscérales.

La méningite chronique se rencontre presque toujours, comme complication, dans les lésions organiques du cerveau; plus fréquemment encore, on l'observe chez les sujets en démence, et elle forme le caractère anatomique le plus fréquent qu'on rencontre dans la paralysie générale des aliénés. J'en parlerai avec quelques détails lorsque je traiterai de cette dernière affection.

DE LA MÉNINGITE RACHIDIENNE ET CÉRÉBRO-SPINALE.

Les enveloppes de la moelle peuvent s'enflammer isolément; mais le plus souvent, c'est-à-dire 18 fois sur 20, d'après M. Calmeil, elles le sont simultanément avec celles du cerveau : voilà pourquoi la maladie mérite, dans la plupart des cas, le nom de méningite *cérébro-spinale*.

Historique. — Cette affection, signalée vaguement par les anciens, qui paraissent l'avoir vue régner plusieurs fois épidémiquement, n'est connue que depuis les travaux des auteurs modernes, et surtout depuis les recherches de MM. Ollivier (d'Angers) et Calmeil; mais le travail le plus complet, le plus remarquable, est sans contredit la relation qu'a publiée il y a peu de mois le professeur G. Tourdes, d'une épidémie de méningite cérébro-spinale qui a régné à Strasbourg de 1840 à 1841. Le travail de ce médecin, rédigé dans un excellent esprit, est d'un grand intérêt, et peut être cité comme un modèle de description.

Anatomie pathologique. — Les caractères anatomiques de la méningite rachidienne ne diffèrent guère de ceux de la méningite cérébrale : ainsi on retrouve la même injection de la pie-mère et les mêmes produits de sécrétion albumineuse ou purulente. Ceux-ci ne sont presque jamais épanchés dans la cavité de l'arachnoïde, mais infiltrent le tissu cellulaire subjacent, où ils forment une couche jaunâtre d'aspect couenneux, existant à peu près uniformément sur une étendue plus ou moins considérable; ils offrent toujours plus d'épaisseur à la face postérieure de la moelle qu'antérieurement, où le plus souvent même ils manquent complétement. La moelle épinière a ordinairement sa consistance normale; parfois elle paraît même plus ferme; enfin dans quelques cas elle est assez ramollie à sa surface pour qu'en la séparant des méninges celles-

ci en entraînent de petits fragments. La dure-mère est presque toujours intacte ; parfois elle est rouge et épaissie ; cependant nous ne possédons encore, sur l'inflammation de cette membrane, aucune donnée positive.

La méningite spinale est plus fréquente à la région cervicale qu'aux régions dorsale et lombaire ; elle peut être circonscrite à un espace très limité : c'est ce qui a lieu particulièrement lorsque la phlegmasie est consécutive à une altération des vertèbres ; ce n'est guère que dans ces cas qu'elle existe à l'état chronique. On trouve alors une adhérence des deux feuillets de l'arachnoïde, ou bien son feuillet viscéral, opaque, semble épaissi ; cependant un examen attentif démontre que cet épaississement dépend du tissu cellulaire subjacent, et que le feuillet arachnoïdien y est complétement étranger. Enfin on trouve quelquefois aussi des adhérences morbides entre l'arachnoïde et la pie-mère ou bien entre celle-ci et la surface de la moelle. Quelques personnes ont encore voulu regarder comme résultant d'une phlegmasie chronique la présence des lamelles cartilagineuses qui hérissent quelquefois la face interne du canal rachidien ; mais aucun fait ne justifie une pareille supposition.

Symptômes, marche. — La méningite spinale peut avoir une invasion brusque, foudroyante : c'est ce que M. Tourdes a constaté plusieurs fois dans l'épidémie de Strasbourg, où l'on vit des hommes pleins de force et de santé passer sans transition à un état des plus graves, et succomber en quelques heures, avant même que les lésions caractéristiques eussent eu le temps de se développer. Le plus souvent pourtant on note des prodromes, tels que frissons, céphalalgie, douleurs des membres, nausées, vomissements. Dans presque tous les cas, en raison de la coïncidence d'une méningite intra-crânienne, on voit les symptômes de la méningite spinale être masqués au début par des troubles cérébraux ; ceux-ci pourtant peuvent être consécutifs. Quoi qu'il en soit, dans la méningite spinale, les malades éprouvent une douleur violente dans le dos (rachialgie), presque toujours circonscrite aux régions lombaire, dorsale, et surtout cervicale ; elle s'irradie parfois vers les membres, augmentant par les mouvements musculaires et souvent par la pression. En même temps les muscles de la partie postérieure du tronc sont pris de contraction convulsive, qui varie depuis la simple rigidité jusqu'à une contracture telle que la tête et le tronc sont fortement renversés en arrière, comme dans l'opisthotonos. Cette contraction tétanique peut rester permanente ; mais le plus souvent elle présente des rémissions plus ou moins complètes, et elle se renouvelle, soit spontanément, soit à l'occasion des mouvements qu'on imprime aux malades. Une contracture analogue peut affecter divers autres muscles du corps : ainsi il y a quelquefois du trismus, de la roideur dans les muscles des avant-bras

et des mollets; mais rarement il existe des secousses convulsives épileptiformes, excepté pourtant dans les muscles de la face. Les membres supérieurs et inférieurs peuvent souvent exécuter avec précision leurs mouvements habituels; cependant ils sont ordinairement plus faibles; souvent aussi ces parties sont le siége de crampes, tandis que la peau présente une exaltation de sa sensibilité telle, que la moindre pression exercée sur elle arrache des cris aux malades. Cette exaltation se remarque surtout aux membres; en même temps la respiration s'accélère et devient difficile; le pouls est fréquent, fébrile, la peau chaude et baignée de sueurs; il y a de la constipation, et l'urine s'échappe involontairement ou bien elle est retenue dans la vessie par suite de la paralysie de cet organe. Enfin on constate presque toujours divers accidents qui dépendent de la coïncidence d'une méningite cérébrale : ce sont surtout la céphalalgie, le délire ou le coma, et le strabisme.

En résumé, la méningite spinale est essentiellement caractérisée par la douleur rachidienne, la roideur tétanique et l'exaltation de la sensibilité générale. Ces divers accidents offrent souvent des rémissions et même des intermittences complètes; mais il est rare que l'appareil fébrile suive les mêmes variations; du moins il ne cesse jamais complétement, comme les troubles cérébraux. Cependant au bout de quelque temps les accidents ne présentent plus de rémission; mais ils s'aggravent sans cesse; enfin la mort survient au milieu de symptômes convulsifs épileptiformes, ou bien par suite de la gêne croissante de la respiration, et dans un état d'asphyxie lente. En général, la roideur et les contractures persistent jusqu'aux derniers moments; dans quelques cas assez rares pourtant, on observe dans les derniers jours un état de résolution ou de paralysie.

Terminaisons, durée. — La mort est la terminaison la plus ordinaire de la méningite spinale; quelques jours, ou même quelques heures, suffisent pour emporter les malades; mais on peut, avec M. Calmeil, évaluer à dix jours la durée moyenne de la maladie. Lorsque sa marche est rémittente, elle se prolonge parfois jusqu'au deuxième ou troisième septénaire, et même beaucoup au-delà; on en a vu qui ne succombaient qu'au quarantième ou cinquantième jour, après être tombés dans le marasme (Tourdes, Chauffard). Ceux qui guérissent reviennent lentement à la santé, et présentent souvent une maigreur et un affaiblissement extrêmes.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile; nous dirons plus tard comment on pourra distinguer la méningite spinale de la myélite et du tétanos, qui sont les seules affections avec lesquelles on pourrait la confondre (voir en outre ce que nous avons dit plus haut du diagnostic de la méningite crânienne).

Pronostic. — Son pronostic est des plus graves. Dans l'épidémie de

Strasbourg, la mortalité aurait été de 60 pour 100, et de 70 ou 80 en ne comprenant que les cas graves.

Etiologie. — La méningite spinale est trois ou quatre fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Plus commune depuis la puberté jusqu'à trente ans, elle a, d'après M. Calmeil, son maximum de fréquence entre vingt-huit et trente ans. La maladie a quelquefois été le résultat de l'impression du froid; plus souvent elle a succédé à une contusion du rachis, ou à des efforts pour soulever ou porter de lourds fardeaux. Cependant, dans la grande majorité des cas, la méningite spinale semble être tout-à-fait spontanée. Plusieurs fois elle a sévi épidémiquement : c'est ce qu'on a surtout constaté depuis quelques années. Ainsi on l'a vue régner en 1838 dans les Landes (Lamotte et Lespes), en 1839 à Versailles (Faure-Villar), à Avignon (Chauffard), à Metz (Gasté), à Strasbourg (Tourdes, Forget), etc. Dans toutes ces localités, elle a sévi spécialement sur la garnison. Ses causes sont assez obscures; toutefois il paraît prouvé que dans plusieurs endroits, et surtout à Strasbourg, son développement a été favorisé par l'encombrement des casernes.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'emploi des saignées générales, auxquelles on associera les saignées locales faites à l'aide de sangsues, et surtout de ventouses, qu'on appliquera en grand nombre tout le long du rachis. Les malades seront plongés dans un bain tiède et prolongé, avec affusions froides. Enfin lorsque l'état du pouls ne permettra plus de recourir aux émissions sanguines, on promènera le long du rachis des vésicatoires volants, et on tâchera de favoriser l'absorption des liquides épanchés à l'aide des mercuriaux, administrés comme dans la méningite cérébrale. Quelques auteurs ont encore eu recours, contre la méningite cérébro-rachidienne, à l'usage de l'opium. Ce médicament, employé en effet par M. Chauffard à Avignon, et par les professeurs Tourdes et Forget à Strasbourg, paraît avoir été utile plusieurs fois. On a conseillé de le donner dès le début associé ou non aux émissions sanguines, et de le porter à la dose de 30 ou 40 centigrammes par jour. Les résultats obtenus jusqu'à présent autorisent à essayer de ce remède.

DE L'ENCÉPHALITE.

Quoique le mot encéphale serve à désigner toute la masse nerveuse qui est logée dans le crâne, l'usage néanmoins a consacré l'expression d'*encéphalite* pour caractériser seulement l'inflammation qui envahit le cerveau, le cervelet et la protubérance. La phlegmasie de la moelle allongée ne pouvant être séparée de celle qui occupe les parties inférieures de ce cordon nerveux, nous en traiterons à l'article *Myélite.*

Divisions. — L'histoire de l'encéphalite est difficile à tracer, puisque, sous ce nom, on a confondu les maladies les plus diverses, depuis l'in-

jection et l'apoplexie capillaire jusqu'aux transformations et dégénérescences organiques. Cependant, depuis quelques années, on a fait de louables efforts pour mettre fin à une confusion aussi déplorable; aussi la science doit beaucoup, sous ce rapport, à MM. Andral, Calmeil, Rostan, Durand Fardel et Abercrombie.

L'encéphalite est distinguée d'après sa marche en *aiguë* et en *chronique*, d'après son siége en *diffuse* et en *partielle* ou *locale*, suivant qu'elle s'étend superficiellement sur une grande surface ou qu'elle occupe un point circonscrit. Il a été déjà question de la première espèce quand nous avons traité de la méningite, avec laquelle elle coexiste presque toujours et dont on ne peut la distinguer pendant la vie. Enfin, suivant que l'inflammation occupe le cerveau, le cervelet ou le mésocéphale, la maladie est désignée sous les noms de *cérébrite*, *cérébellite* et *mésocéphalite*.

Anatomie pathologique. — Dans un premier degré de l'inflammation, la pulpe cérébrale présente dans une étendue plus ou moins considérable un piqueté rouge très fin. Il semble alors que le sang pénètre un plus grand nombre de vaisseaux capillaires; quelquefois, au lieu de ce piqueté fin, ou à une période un peu plus avancée de la maladie, on constate une altération plus ou moins uniforme s'étendant parfois au milieu des parties saines voisines, et dont la teinte, généralement plus foncée dans la substance grise que dans la substance médullaire, varie depuis le rose tendre jusqu'au rouge livide ou cramoisi. Il est rare alors que la portion du cerveau malade n'ait pas subi quelque changement dans sa nutrition. Ainsi cette partie semble généralement gonflée, augmentée de volume; c'est ce qui est prouvé d'ailleurs par l'aplatissement des circonvolutions correspondantes; en même temps la pulpe nerveuse semble plus consistante et plus friable, ou bien elle est manifestement ramollie. Souvent à cette même période le sang, s'étant échappé des vaisseaux, produit tantôt de petites ecchymoses ou bien, infiltrant seulement la pulpe nerveuse, il se combine intimement avec elle, ou bien encore il peut se former de très petits caillots apoplectiques disséminés çà et là. M. Cruveilhier dit alors qu'il existe une *apoplexie capillaire*. Cette expression dépeint très bien l'état anatomique; cependant elle a l'inconvénient d'assimiler une certaine période de l'encéphalite avec l'hémorrhagie cérébrale qui, comme nous le verrons plus tard, est une maladie essentiellement distincte de celle que nous décrivons actuellement. Mais est-ce à dire pourtant qu'on ne doive pas admettre une apoplexie capillaire indépendante de tout travail inflammatoire et qui serait pour les capillaires ce qu'est l'apoplexie proprement dite pour les vaisseaux plus volumineux? Cette question me paraît insoluble dans l'état actuel de la science. Ainsi, en résumé, la première période de l'encéphalite est caractérisée par l'injection et la coloration rouge, par l'induration, la

friabilité, ou bien par un ramollissement plus ou moins considérable de la pulpe nerveuse. Cette dernière lésion est la plus fréquente.

Le degré du ramollissement varie depuis une simple diminution de consistance jusqu'à l'état où la pulpe cérébrale est convertie en une bouillie peu épaisse, homogène, et qu'on entraîne facilement sous un filet d'eau. Sa coloration est non moins variable, et l'intensité de la couleur rouge ou noire est en rapport avec la quantité de sang qui l'infiltre, et avec son degré de combinaison plus ou moins intime avec lui. La plupart des médecins regardent cette coloration rouge comme étant nécessaire pour caractériser le ramollissement inflammatoire du cerveau. Ils contestent, en effet, la même origine à tous ceux qui ont lieu sans modification dans la coloration normale, et à plus forte raison à ceux qui s'accompagnent d'une décoloration du tissu altéré, à moins pourtant qu'il ne soit prouvé que la blancheur du ramollissement est produite par la présence du pus. Cette question, qui a été agitée et résolue différemment par les hommes les plus éminents de ce siècle, est un des points les plus obscurs de l'anatomie pathologique, et qui ne nous paraît pas encore susceptible d'une solution satisfaisante. Il est incontestable que presque tous les ramollissements inflammatoires du cerveau offrent une coloration rouge ou violacée, parfois jaunâtre; cependant ne peut-il pas se faire qu'un ramollissement atonique soit ensuite coloré par un afflux de sang qui a lieu consécutivement? D'autre part, on rencontre assez fréquemment dans la pratique des individus qui succombent rapidement avec des accidents cérébraux et les symptômes d'une vive réaction inflammatoire, et à l'autopsie desquels on ne trouve d'autre altération pour expliquer les uns et les autres qu'un ramollissement blanc, pulpeux, du cerveau, sans qu'on puisse rapporter cette coloration à la présence du pus? Ici l'état anatomique est en désaccord avec l'expression symptomatique. Mais de ce qu'il y a eu de la fièvre et l'appareil des maladies phlogistiques, on ne saurait en conclure rigoureusement que le ramollissement est de nature inflammatoire, puisqu'il est prouvé aujourd'hui qu'il existe une foule de lésions ou de troubles fonctionnels indépendants de tout travail inflammatoire, et qui excitent néanmoins la fièvre au même degré que ceux qui ne reconnaissent pas d'autre origine. Nous reviendrons encore sur ce même sujet lorsque nous traiterons du ramollissement simple du cerveau.

La troisième période de l'encéphalite est marquée par la formation du pus, qui tantôt est infiltré dans la pulpe cérébrale et tantôt forme des collections plus ou moins volumineuses. Lorsque du pus se forme dans le tissu ramolli, on voit la coloration rouge s'affaiblir et être remplacée peu à peu par une teinte d'un blanc opaque, sale, jaune ou verdâtre, suivant la couleur du pus. Comme l'observe M. Lallemand, la décoloration est surtout remarquable dans la substance grise, qui, dans la pé-

riode précédente, avait communément une teinte plus foncée que la substance médullaire, et qui finit par se confondre avec cette dernière en une teinte uniforme ou présentant des nuances qui varient depuis le blanc sale jusqu'au vert. Cependant doit-on attribuer à une infiltration purulente tous les ramollissements blancs crémeux, et même ceux dans lesquels la substance blanche est plus pâle qu'à l'état normal? M. Lallemand a soutenu cette opinion avec un admirable talent; cependant il a été forcé de convenir que souvent l'inspection des parties ne révèle point manifestement la présence du pus, et que celui-ci ne peut alors être admis que par analogie. Cependant nous croyons que rien ici ne peut remplacer la démonstration, et du moment que la suppuration ne se révèle pas d'une manière manifeste, il faut sinon contester absolument la nature inflammatoire du ramollissement, du moins n'émettre à ce sujet qu'une opinion très dubitative, lors même que les accidents observés pendant la vie sembleraient confirmer cette supposition. D'ailleurs, il n'est pas naturel de croire que du pus infiltre un ramollissement parfaitement blanc, à moins de supposer qu'une matière colorée, comme l'est ce liquide puisse se mêler à un corps blanchâtre, sans modifier sa teinte.

Cependant, si du pus existe, il finit, lorsque la vie se prolonge suffisamment, par se réunir en un ou plusieurs foyers qui peuvent avoir le volume d'un pois, d'une noix, d'un œuf et qui occupent souvent tout un lobe, et même la plus grande partie d'un hémisphère. Le pus baigne directement la substance du cerveau, ou bien il est enkysté, suivant l'ancienneté de la maladie. Si l'abcès est très superficiellement placé, les circonvolutions sont aplaties, et souvent le cerveau présente dans ce point une coloration verdâtre, jaune ou d'un blanc opaque. En pressant à ce niveau, on sent manifestement de la fluctuation. Si on incise, on voit s'écouler un pus presque toujours inodore et d'un blanc crémeux, quelquefois jaune, verdâtre et floconneux. Si le foyer est récent, ses parois sont anfructueuses et inégales, ramollies, infiltrées de pus. Si, au contraire, l'altération remonte déjà à une époque éloignée, la cavité est tapissée par une fausse membrane tomenteuse ayant quelque analogie avec le tissu muqueux; on peut quelquefois la diviser en plusieurs feuillets superposés. Ce kyste se forme plus ou moins rapidement; Abercrombie l'a vu déjà bien formé dès le douzième jour; mais, dans la plupart des cas, il n'est organisé qu'au bout d'un mois. Il existe, d'ailleurs, à ce sujet, une foule de variétés dont il est presque toujours impossible de déterminer la cause. La substance cérébrale qui entoure l'abcès est tantôt un peu injectée ou bien elle a une teinte jaunâtre, verdâtre; sa consistance est parfois diminuée, mais le plus souvent elle est devenue plus considérable. Enfin, ces abcès coïncident fréquemment avec des lésions qui sont tantôt primitives et tantôt consécutives. Ce sont surtout des altéra-

tions des os du crâne et particulièrement la carie du rocher; celle-ci coexiste fréquemment avec un abcès du lobe moyen, lequel communique quelquefois avec l'oreille interne (Morgagni, Itard, Lallemand, etc.), et devient ainsi une des sources du pus dans l'otorrhée purulente.

Enfin, on a cité la gangrène comme pouvant être produite par l'encéphalite; cependant cette terminaison est rare. Quoique les caractères du sphacèle du cerveau ne soient pas encore suffisamment connus, on devra, néanmoins, croire à l'existence d'une gangrène, lorsque la substance nerveuse, d'un brun noirâtre, se sépare par fragments ou sous forme de détritus, lors même qu'elle n'exhale aucune odeur putride.

Les lésions qui caractérisent l'encéphalite aiguë sont plus fréquentes dans le cerveau que dans le cervelet, et on en a encore à peine observé quelques exemples dans la protubérance. Depuis MM. Lallemand et Cruveilhier on a prétendu que le ramollissement inflammatoire était surtout commun dans les parties les plus vasculaires, c'est-à-dire dans la couche corticale ou dans les parties qui renferment le plus de substance grise. Cependant quelques relevés contradictoires, mais s'appuyant néanmoins sur un nombre de faits encore insuffisant, doivent faire élever quelques doutes sur l'exactitude de cette proposition. Quant aux collections purulentes, on les rencontre surtout au centre des hémisphères ou dans les lobes moyens, et tout porte à croire, d'après leur siége, qu'ils se sont d'abord formés dans la substance médullaire.

Des lésions qu'on a regardées comme caractérisant l'inflammation chronique du cerveau, de celles qui peuvent succéder à l'encéphalite.— Parmi les lésions que nous venons d'étudier, il en est deux qu'on rencontre aussi à l'état chronique ; ce sont le ramollissement blanc par infiltration purulente et les abcès; ces derniers sont alors toujours enkystés. Mais il est d'autres lésions qu'on a regardées comme spéciales à l'état chronique; ce sont les ulcérations et différentes espèces d'indurations. L'ulcération de la substance cérébrale, qui peut aussi se former d'une manière aiguë, est une altération fort rare, et sur laquelle nous ne possédons encore que des renseignements fort incomplets. Elle est caractérisée par une destruction plus ou moins étendue de la substance cérébrale et de la portion correspondante de la pie-mère et de l'arachnoïde. L'ulcération est tantôt recouverte d'une exsudation albumineuse sanguine, ou baignée par une matière pulpeuse, grisâtre; enfin d'autres fois la surface est détergée, et elle est tapissée par une membrane celluleuse, et, à une époque plus avancée, par une membrane épaisse, dure, cartilagineuse ou même cornée, qui constitue une véritable cicatrice. L'ulcération se fait toujours lentement, et envahit successivement des parties qui tantôt sont saines, mais qui, le plus souvent, sont le siége d'un ramollissement avec injection ou infiltration purulente, et d'une induration.

L'induration simple du cerveau, c'est-à-dire celle dans laquelle le tissu de l'organe offre partiellement, ou dans toute son étendue, la consistance qu'elle acquiert lorsqu'on la fait macérer dans l'acide nitrique étendu, a été regardée comme un caractère anatomique certain de l'encéphalite chronique. Cependant il est impossible d'émettre sur la nature de cette altération aucune opinion plausible. Si même on réfléchit que cette induration a presque toujours lieu sans injection des tissus, qu'elle occupe le plus souvent toute la masse encéphalique, qu'on ne retrouve point ordinairement ces colorations ardoisées, bleuâtres, qui, pour la plupart des tissus, sont les vestiges de congestions ou de phlegmasies anciennes, on devra supposer que l'inflammation est étrangère à sa production, et qu'elle se manifeste sous l'influence d'une de ces perversions dans la nutrition dont nous observons de si fréquents exemples dans l'économie. Ce que nous disons ici de l'induration simple, générale, s'applique également à la plupart des indurations locales, et qui s'accompagnent en outre d'une transformation fibreuse, fibro-cartilagineuse ou osseuse des tissus. Nul doute que ces différents produits ne surviennent le plus souvent sans le concours d'aucun travail inflammatoire, mais quelquefois aussi une encéphalite circonscrite en est le point de départ. Lorsqu'en effet la destruction du cerveau s'arrête dans sa marche, une partie des liquides infiltrés et des tissus altérés est résorbée, l'autre portion se concrète, se durcit et forme une cicatrice dont l'aspect et la composition varient suivant les produits morbides, aux dépens desquels elle est constituée, et suivant l'époque à laquelle on l'examine; c'est ainsi que, d'abord blanchâtre et albumineuse, elle durcit et peut devenir plus tard fibro-cartilagineuse et même osseuse. Ces sortes de cicatrices sont situées dans la profondeur de l'organe ou à la superficie; elles peuvent produire tous les accidents primitifs ou consécutifs qui accompagnent la plupart des produits accidentels qui se forment dans le cerveau; mais il n'est nullement démontré, comme le prétend Abercrombie, qu'une portion du cerveau venant à être frappée d'induration à la suite d'un travail inflammatoire, puisse plus tard s'isoler à l'aide d'un kyste, pour former une de ces tumeurs si communes dans le cerveau, et qui sont réllement constituées par quelques produits accidentels.

Symptômes, marche. — L'encéphalite partielle, la seule dont nous devions traiter ici, peut débuter brusquement par des secousses convulsives ou une roideur tétanique, bornée à un membre, à une moitié du corps, ou occupant simultanément la face et les membres; cependant, dans la plupart des cas, la maladie est précédée par quelque symptôme de congestion cérébrale. Ainsi la plupart des malades accusent pendant un ou plusieurs jours une céphalalgie partielle ou générale, ou une simple pesanteur de tête, des vertiges, des éblouissements, des

bourdonnements d'oreilles; ils sont agités ou abattus; il y a de la somnolence chez les uns, et une insomnie opiniâtre chez d'autres. Quelques uns éprouvent des crampes, des roideurs ou des fourmillements bornés à un membre, à une moitié du corps, ou occupant tous les membres; il y a aussi parfois embarras momentané de la parole. Cependant bientôt les facultés intellectuelles s'affectent; il y a un délire vague, loquace, ou une obtusion des idées, ou un état semi-comateux, et un affaiblissement de la mémoire; souvent il y a du strabisme; la figure est animée, les yeux sont injectés. Vers la même époque, les membres d'une moitié du corps, et c'est là un des premiers symptômes, deviennent le siége de roideur et de contracture; les mâchoires sont serrées, la sensibilité est obtuse, quelquefois elle est exaltée; enfin ces parties peuvent être agitées de temps en temps par des secousses convulsives, auxquelles succède bientôt une paralysie plus ou moins complète du sentiment et du mouvement. Au milieu de ces désordres, le pouls peut rester assez calme; mais, dans la plupart des cas, il s'accélère, il est vif, la chaleur de la peau s'élève, et comme nous l'avons vu pour la méningite, mais un peu moins fréquemment que dans cette dernière, on observe des nausées, des vomissements et de la constipation. Tel est l'ensemble des symptômes qu'on note dans cet état de la maladie qu'on peut nommer sa première période. Les symptômes ultérieurs varient ensuite beaucoup suivant la marche que l'affection suit.

Dans la plupart des cas, les symptômes d'excitation, tels que les contractures, les mouvements convulsifs et l'exaltation de la sensibilité, diminuent ou cessent, et sont remplacés par la paralysie du sentiment et du mouvement. Cette dernière peut être permanente ou bien alterner avec la roideur et les mouvements convulsifs. Quelquefois ces phénomènes opposés se remarquent simultanément; c'est ainsi que la jambe peut être dans la résolution, tandis que le bras est contracturé, et réciproquement. Les symptômes paralytiques coïncident ordinairement avec l'affaissement des facultés intellectuelles : ainsi, le coma est de plus en plus profond, les pupilles sont dilatées, le malade est étranger à tout ce qui l'entoure, la déglutition est difficile, les évacuations sont involontaires ou bien l'urine est retenue dans la vessie. Enfin, la respiration s'accélère et la mort survient lentement, ou bien la vie se termine brusquement au milieu d'un accès convulsif. Ce mode de terminaison est plus commun dans la période spasmodique de la maladie, et, dans ce cas, la mort survient avant qu'aucun symptôme de paralysie ait été observé. Enfin, l'encéphalite avec une vaste suppuration, peut même avoir une issue funeste sans que son existence ait été révélée par la contracture ou des convulsions; mais on voit seulement l'intelligence s'affaiblir et les malades tomber dans le coma et dans un état de résolution générale dans les vingt-quatre ou trente-six dernières heures de la vie.

On dirait, dans ce cas, que le cerveau est resté étranger à la formation du pus; que ce liquide a été seulement déposé dans l'organe, et qu'à la manière de tous les corps étrangers, il n'a agi sur la pulpe nerveuse que par son volume ou par les lésions consécutives (ramollissement, apoplexie, méningite), qu'il a développées, et qui expliquent souvent à elles seules les symptômes des derniers moments.

Ainsi, l'encéphalite n'est pas une de ces maladies dont la marche est franche et régulière. Les alternatives de délire et de coma, et le retour à l'intelligence, la paralysie et la contracture, ont fait dire depuis longtemps que l'encéphalite présentait des caractères pernicieux ou ataxiques. Ces rémittences peuvent se remarquer à toutes les époques de la maladie; il n'est pas rare de les observer complètes dans la dernière période, lorsque, par exemple, un vaste abcès remplit tout un lobe. Cette irrégularité des symptômes est difficile à expliquer, on peut néanmoins s'en rendre compte jusqu'à un certain point en supposant qu'indépendamment de la lésion permanente (ramollissement, abcès), et autour d'elle, il se forme une congestion plus ou moins forte, et qui détermine des symptômes cérébraux proportionnés aux variations qu'elle subit. La maladie suit la même marche, et les symptômes se développent à peu près dans le même ordre de succession dans l'encéphalite spontanée que dans celle qui est traumatique. Des faits nombreux ont aujourd'hui mis hors de doute qu'on ne pouvait se fonder sur aucun des symptômes de la maladie ou sur la prédominance d'aucun d'eux pour localiser l'altération dans telle ou telle partie du cerveau. Enfin, aucun accident particulier ne peut faire distinguer les cas dans lesquels le cerveau est seulement injecté et ramolli de ceux dans lesquels du pus est déjà infiltré ou bien réuni en foyer. Les abcès du cerveau ont surtout une marche des plus insidieuses; la plupart se forment à notre insu, ou du moins ne sont précédés que des accidents qui annoncent une simple congestion ou une phlegmasie circonscrite.

Durée, terminaisons. — La plupart des malades atteints d'encéphalite aiguë succombent dans le cours du premier ou du second septénaire. Cependant, chez quelques uns, l'affection suit une marche beaucoup plus lente; dans ces cas, l'intelligence se conserve pendant longtemps. Ces phénomènes spasmodiques manquent rarement, mais sont souvent peu marqués, tandis que la paralysie, quoique lente dans sa marche, existe presque dès le début, et finit par prédominer. En général, dans la cérébrite chronique, telle que celle qui est anatomiquement caractérisée par un abcès enkysté, on observe à peu près les mêmes symptômes que dans l'état aigu, et ceux-ci se succèdent peu à peu dans le même ordre; seulement leur intesité est moins considérable, leur marche est plus lente, puisqu'il n'est pas rare que la maladie ne se termine qu'au bout de quatre ou cinq mois seulement, et parfois plus tard encore. Dans ces

cas, la mort survient, tantôt par suite du progrès naturel de l'affection, tantôt par l'effet des maladies consécutives. D'ailleurs, c'est surtout dans l'encéphalite chronique qu'on observe ces variations, ces irrégularités de marche que nous avons précédemment signalées pour l'état aigu. Comme M. Lallemand l'a remarqué avec raison, cette irrégularité dans les symptômes s'explique par une succession non interrompue et variable de méningites, d'encéphalites et de congestions, qui se répètent à des époques plus ou moins éloignées, et sont séparées par des améliorations si prononcées qu'on les prend souvent pour des guérisons véritables. Enfin, l'encéphalite chronique ne diffère point, par ses symptômes et par sa marche, des autres lésions organiques du cerveau.

Jusqu'à présent, nous avons parlé de l'encéphalite comme d'une maladie dont l'issue est toujours funeste; celle-ci est, en effet, la terminaison presque constante de la maladie. Cependant, quelques faits autorisent à penser que l'encéphalite peut guérir par résolution, car des malades recouvrent l'intégrité de toutes leurs fonctions. Lorsque l'inflammation, parvenue à un état de ramollissement fort avancé, se termine par une cicatrice dure et qui devient le siége de diverses transformations organiques, on ne peut pas dire précisément que la maladie est guérie, puisque la plupart des malades conservent de la contracture, de la paralysie, divers troubles intellectuels, et que cette cicatrice finit presque toujours par produire, comme tous les corps étrangers, diverses lésions consécutives. Il n'existe encore aucun fait concluant qui prouve que des abcès cérébraux aient jamais guéri par la résorption du liquide ou bien par suite de son issue à l'extérieur. Le pus, en effet, peut être évacué à travers une solution de continuité récente ou ancienne des os du crâne, ou bien à travers l'ethmoïde ou le rocher cariés. Cette évacuation peut être suivie d'une rémission momentanée dans les accidents de compression, mais jamais de guérison.

Diagnostic. — Nous avons vu qu'il était impossible de distinguer la méningo-encéphalite de la méningite simple. Celle-ci diffère de l'encéphalite sans complication, par la céphalalgie, qui est plus vive, par le trouble des sens, et ceux des organes digestifs, qui sont plus communs, par la vivacité du délire et l'intensité de la fièvre. La paralysie est assez rare, et les symptômes spasmodiques occupent presque toujours les deux côtés du corps, tandis que dans l'encéphalite simple la douleur de tête est médiocre, ainsi que la fièvre, qui quelquefois même est nulle. On observe dès le début de la roideur, de la contracture; plus tard, de la paralysie, qui est toujours lente, progressive. Cette succession dans les accidents permettra de distinguer l'encéphalite de l'hémorrhagie cérébrale, tandis qu'il sera souvent presque impossible de la différencier d'avec le ramollissement.

M. Durand Fardel croit pourtant qu'il y a une forme d'encéphalite

anatomiquement caractérisée par l'injection et le ramollissement des circonvolutions avec adhérences des méninges qui serait caractérisée par des symptômes apoplectiques tout-à-fait semblables à ceux d'une hémorrhagie cérébrale. Cependant les faits de M. Durand Fardel ne nous semblent pas à l'abri de toute objection; car malgré le soin avec lequel les observations ont été recueillies, il ne nous est pas démontré que pour la plupart du moins, sinon dans tous, les symptômes apoplectiques n'aient pas été précédés de quelques autres prodromes propres à l'encéphalite et étrangers aux hémorrhagies. Certains ramollissements inflammatoires ou atoniques des parties blanches centrales du cerveau ressemblent beaucoup, par leur début, à la fièvre typhoïde. Ainsi, comme dans cette dernière, il existe de la céphalalgie, des étourdissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, de l'insomnie, du délire, quelquefois des épistaxis, de la diarrhée et toujours une fièvre assez intense. Cependant on pourra s'éclairer sur la véritable nature de l'affection en raison, dans le cas de ramollissement, de l'absence des principaux symptômes abdominaux et du râle sibilant dans la poitrine; et puis ajoutons qu'au bout de peu de jours on voit survenir de la roideur, ou de la paralysie dans une moitié ou dans les deux côtés du corps, et souvent dès le début on constate du strabisme ou de la diplopie, accidents qui doivent toujours mettre en garde et empêcher qu'on ne porte un diagnostic prématuré.

Le diagnostic de la maladie une fois établi, il est impossible de localiser l'altération dans telle ou telle partie du cerveau; il est même souvent difficile de déterminer si la maladie est bornée à un seul côté ou si les deux hémisphères sont atteints simultanément, puisqu'une encéphalite locale peut produire de la contracture ou des secousses convulsives dans les deux côtés. Cependant il faut convenir que ce cas est rare, et que le plus ordinairement, lorsque des symptômes spasmodiques ou de paralysie se montrent simultanément dans les deuxcôtés, on trouve une lésion dans les deux hémisphères à la fois; ou bien l'altération dont un des hémisphères est le siége est tellement considérable qu'on conçoit qu'elle a pu exercer une compression sur le côté sain. Nous avons dit aussi qu'il était impossible de préciser le degré auquel l'altération est parvenue. Cependant si les symptômes sont impuissants, il est parfois certaines circonstances dans lesquelles on les observe, qui donnent quelque précision au diagnostic. Ainsi lorsque chez un malade atteint d'une otorrhée ancienne, se liant à une altération des os, on voit en même temps que l'écoulement diminue, de la céphalalgie survenir avec du délire, de l'agitation, des convulsions, du coma et de la fièvre, on peut presque affirmer qu'un abcès se forme ou est peut-être déjà formé dans le lobe moyen. Il est impossible d'établir pendant la vie le diagnostic différentiel de l'encéphalite chronique dans

les affections cérébrales à marche lente. On ne peut avoir ici que des présomptions d'après la connaissance des commémoratifs.

Pronostic. — Il est peu de maladies aiguës aussi graves que l'encéphalite; elle tue, en effet, presque tous les individus qu'elle frappe, et ceux en petit nombre qui y survivent, restent jusqu'à la fin de leurs jours, infirmes, paralytiques ou en état de démence. La variété qui débute par des mouvements convulsifs est de toutes la plus grave.

Étiologie. — On n'est pas encore suffisamment fixé sur la nature des causes prédisposantes ou efficientes qui peuvent produire l'encéphalite. On sait pourtant que cette maladie atteint plus souvent (deux ou trois fois) l'homme que la femme; mais on n'est pas encore suffisamment fixé sur l'époque de la vie à laquelle la maladie prédomine, les uns ayant indiqué l'enfance, d'autres l'âge viril. On ne sait non plus rien de précis sur le rôle que jouent les affections tristes de l'âme, les travaux de l'esprit et la température : quelques faits autorisent à penser que la maladie peut survenir sous une influence héréditaire. L'encéphalite reconnaît souvent comme cause déterminante, une violence extérieure sur les os du crâne, l'insolation ou les excès alcooliques. Nous avons dit aussi que l'inflammation de l'oreille interne, soit qu'elle dépende primitivement de la carie du rocher, soit que, bornée d'abord à la muqueuse, elle finisse par altérer ces os, est une cause d'encéphalite, et celle-ci se termine presque toujours par la formation d'un abcès. Le virus vénérien a été considéré par M. Lallemand comme pouvant exercer une influence directe et primitive sur le cerveau et l'enflammer. Mais cette opinion ne semble pas encore démontrée : il est au contraire incontestable pour tous, que le virus vénérien, en altérant les os du crâne, peut devenir ainsi l'occasion indirecte d'une encéphalite. Enfin celle-ci, au lieu d'être primitive, se développe fréquemment au pourtour d'un caillot ou d'une tumeur du cerveau.

Traitement. — Le traitement ne diffère en rien de celui que nous avons indiqué pour la méningite; peut-être pourrait-on essayer ici de la méthode contre-stimulante qui échoue toujours dans les phlegmasies des membranes séreuses; quelques faits autorisent du moins à employer ce traitement dans l'encéphalite aiguë. Dans la période de collapsus, et lorsque la maladie passe à l'état chronique, il faut insister sur les révulsifs puissants tels qu'un séton ou plusieurs cautères à la nuque.

DE LA MYÉLITE.

Le mot de *myélite*, proposé par M. Ollivier (d'Angers), sert à désigner l'inflammation du tissu de la moelle épinière.

Anatomie pathologique. — Ce que nous avons dit des lésions caractérisant l'encéphalite, s'applique également à la myélite; seulement

comme les altérations suivent une marche beaucoup plus rapide que pour le cerveau, il s'ensuit qu'on trouve rarement sur le cadavre la myélite seulement caractérisée par l'injection, la rougeur et l'induration du tissu ; dans tous les cas, au contraire, la pulpe nerveuse est ramollie, diffluente, et le ramollissement peut présenter les colorations rouge, jaune, verte ou blanche, que nous avons déjà rencontrées dans le cerveau. Les collections purulentes s'y observent beaucoup plus rarement que dans ce dernier, et ont toujours un très petit volume. Comme pour le cerveau, les ramollissements rouges, jaunes, verdâtres et blancs avec infiltration purulente, devront seuls se rapporter à un travail inflammatoire. Quoi qu'il en soit, ces ramollissements s'accompagnent toujours d'une augmentation dans le volume de la moelle au niveau des parties altérées. Il est rare que la lésion occupe plus de la moitié du cordon rachidien, ordinairement même elle est limitée à une seule région ; ainsi la portion dorsale est le plus souvent atteinte; viennent ensuite les portions cervicale et lombaire. Le ramollissement commence presque toujours par la substance grise centrale, plus rarement par la périphérie, à moins que la myélite ne soit consécutive à l'arachnitis. Le ramollissement peut occuper toute l'épaisseur de la moelle ou bien être borné à une de ses moitiés latérales, ou bien enfin être inégalement marqué à la face antérieure ou postérieure. Dans le premier cas le tissu nerveux peut être réduit en une sorte de détritus purulent, de sorte qu'il y a réellement interruption complète entre les parties supérieure et inférieure de la moelle.

On a coutume de considérer surtout comme des indices d'une inflammation chronique l'induration du tissu de la moelle, ce qui donne parfois à ce cordon nerveux la consistance de l'albumine durcie ; mais jusqu'à présent il est absolument impossible de déterminer quelles sont les altérations qui peuvent anatomiquement caractériser la myélite chronique.

Symptômes et marche. — La myélite paraît débuter ordinairement sans prodromes, et par des symptômes locaux : ainsi, la plupart des malades éprouvent de l'engourdissement, des fourmillements, des crampes dans les membres inférieurs, et quelquefois aussi dans les membres thoraciques, suivant la hauteur à laquelle l'altération remonte. Les mouvements sont difficiles, embarrassés, roides, incertains; quelquefois il existe de temps en temps des secousses convulsives. Quelques malades éprouvent aussi une douleur fixe dans un point du rachis. Cette douleur peut être constante; mais le plus souvent elle n'est ressentie que par la pression ou par la percussion médiate qu'on exerce sur les apophyses épineuses correspondantes, ou bien encore lorsque les malades sont couchés sur le dos. Quelquefois, enfin, on la provoque en promenant une éponge imprégnée d'eau chaude sur toute la longueur du

rachis, ce qui excite vis-à-vis la région affectée une sensation de chaleur brûlante, tandis que partout ailleurs le malade ne ressent que l'impression d'une chaleur ordinaire. Indépendamment de cette douleur locale qui indique à quelle hauteur la moelle est altérée, il en existe souvent d'autres qui, tantôt semblent une irradiation de la précédente, mais qui souvent aussi en sont indépendantes. Ces douleurs occupent les membres inférieurs; elles suivent parfois le trajet des nerfs sciatiques, ou bien elles sont disséminées dans tout le membre, et retentissent surtout dans une partie, comme à la plante des pieds. Des douleurs plus fréquentes encore sont celles que beaucoup de malades accusent en travers du corps, et qui semblent siéger dans les branches des nerfs intercostaux. Cependant la paralysie ne tarde pas à survenir : presque toujours elle commence par les membres inférieurs et s'étend de bas en haut; elle affecte presque toujours simultanément le sentiment et le mouvement, mais à des degrés parfois différents. Quelquefois la paralysie du mouvement existe sans altération de la sensibilité; le contraire a lieu très rarement; en même temps l'urine cesse d'être excrétée, ou bien elle sort involontairement. Il en est de même des matières fécales, qui peuvent être retenues lorsqu'elles sont solides; mais pour peu qu'elles soient liquides, elles s'échappent malgré la volonté du malade, ou sans que celui-ci en ait la conscience; il en est de même des vents. L'étendue de la paralysie varie d'ailleurs suivant la hauteur à laquelle siège l'altération de la moelle. Ainsi, lorsque la myélite occupe les régions dorsale ou lombaire, les membres inférieurs, la vessie et le rectum sont seuls affectés; mais lorsque l'altération gagne la portion cervicale, on observe du côté des membres thoraciques les mêmes symptômes que nous avons notés précédemment vers les membres abdominaux, c'est-à-dire des fourmillements, des crampes, de la roideur, des convulsions, et la paralysie du sentiment et du mouvement. Bientôt aussi les muscles inspirateurs cessent d'agir; la dilatation de la poitrine ne se fait plus que par le diaphragme; la respiration est courte, accélérée, pénible, et un grand nombre de malades succombent aux symptômes de l'asphyxie lente. Ces accidents se remarquent encore lorsque l'altération réside dans la portion crânienne de la moelle. De plus, il n'est pas rare alors qu'il existe une douleur vive à la nuque, de la rigidité dans les muscles de cette région, des troubles de l'intelligence et des sens, du trismus, une déglutition difficile, une respiration pénible, diaphragmatique, et parfois de l'hydrophobie. A ces phénomènes succède une paralysie, tantôt bornée à une moitié du corps, plus souvent générale, suivant que l'altération occupe un seul faisceau ou les deux faisceaux antérieurs de la moelle. Quand ces accidents sont tels que je les indique, ils sont assez caractéristiques d'une altération de la portion crânienne de la moelle, et quoi qu'on en ait dit, on ne les retrouve point, ni dans l'inflammation

des parties blanches centrales, ni dans celle des deux hémisphères. L'inflammation de la moelle peut exister sans réveiller beaucoup de sympathies; cependant il y a communément un appareil fébrile assez intense, de la soif, de l'inappétence, et assez souvent des vomissements.

Nous avons vu que, quelle que fût la hauteur à laquelle siège l'altération de la moelle, les symptômes spasmodiques ou la paralysie occupaient simultanément, mais parfois inégalement, les membres de l'un et l'autre côté. Cependant, dans quelques cas rares, et nous en avons rencontré plusieurs, ces accidents sont d'abord bornés à un membre ou bien aux deux membres du même côté, c'est-à-dire qu'il peut y avoir hémiplégie, comme si la lésion siégeait dans un des hémisphères; mais, dans ce cas, on ne tarde pas à voir les membres opposés être eux-mêmes atteints pour peu que l'altération de la moelle fasse de nouveaux progrès. Nous signalerons également comme un fait excessivement rare la propagation de haut en bas des phénomènes spasmodiques et de la paralysie. Nous avons parlé précédemment de la paralysie comme survenant presque toujours d'une manière progressive; cependant il n'est pas rare que les malades, qui n'éprouvaient d'abord que des fourmillements dans leurs membres, soient tout-à-coup paralysés du sentiment et du mouvement dans ces parties, comme si le tissu de la moelle était brusquement détruit par un raptus hémorrhagique. Il faut admettre alors que l'altération est devenue tout d'un coup très considérable.

Durée, terminaison. — La myélite a une durée plus ou moins longue : elle peut entraîner la mort au bout de peu de jours lorsque la maladie occupe primitivement la région cervicale; mais si l'altération commence par les régions dorsale ou lombaire, il peut s'écouler plusieurs semaines avant que la terminaison fatale ait lieu. Celle-ci est produite tantôt par les progrès de l'altération qui gêne la respiration et empêche l'hématose, ou bien par suite de la gangrène qui, comme dans la plupart des maladies de la moelle, envahit rapidement les parties destinées à supporter le poids du corps, telles que le sacrum, le coude, le trochanter et les talons. Dans ces cas la paralysie devient complète, la peau des membres et du tronc peut être déchirée et brûlée sans que les malades en aient la conscience, enfin les parties s'infiltrent et perdent leur chaleur. Très rarement (car jusqu'à présent nous n'en avons rencontré que deux exemples) la myélite se termine par le retour complet à la santé. Alors la sensibilité se ranime, le mouvement revient peu à peu, les évacuations involontaires cessent, et au bout d'un temps, qui est rarement moindre de six semaines, ou deux mois, les malades ont recouvré la plénitude de leurs facultés; mais ce cas est excessivement rare. On peut en outre établir que presque tous les malades qui ne succombent point aux accidents aigus restent ensuite infirmes, paraplégiques, sujets à des rétentions ou à des incontinences d'urine et de matières fécales. Quelques malades

pourtant peuvent encore se soutenir et marcher avec l'aide d'un bâton ou de béquilles; chez d'autres la station est impossible sur les pieds, tandis qu'il leur est possible de marcher sur leurs genoux; enfin un grand nombre ne peuvent plus exécuter aucune espèce de mouvements, par suite de l'état de contracture ou de résolution de leurs membres. Les muscles alors s'atrophient, et parfois quelques uns d'entre eux, ceux des mollets surtout, subissent la dégénérescence graisseuse. Enfin, lorsque ces individus succombent au bout de plusieurs années, on trouve, pour expliquer ces accidents, une atrophie partielle de la moelle, ou bien une induration de son tissu, et quelquefois un ramollissement blanc ne différant pas de celui qu'on rencontre dans un grand nombre d'états aigus.

Diagnostic. — L'existence d'une douleur fixe et plus ou moins vive, spontanée ou provoquée par la pression et la percussion sur un point du rachis, des symptômes spasmodiques ou des paralysies se développant simultanément ou successivement dans les deux membres opposés et coïncidant avec l'intégrité des facultés intellectuelles, devront caractériser une maladie de la moelle. Le siége de la douleur et de la paralysie fera connaître l'étendue de l'altération. La persistance seule de la motilité ou de la sensibilité porteront à croire que l'altération affecte exclusivement ou spécialement les faisceaux postérieurs ou antérieurs. L'hémiplégie prouvera que la moitié de la moelle seule est malade. Il est inutile de dire que la paralysie occupe toujours le côté correspondant à l'altération. On pourra encore distinguer la myélite de l'arachnitis spinale, en ce que dans cette dernière on observe une douleur locale plus vive, et qui manque plus rarement, une roideur convulsive des muscles vertébraux, et une exagération de la sensibilité de la peau, accidents qu'on ne voit pas dans la myélite. Enfin les symptômes spasmodiques (roideur, contractures, convulsions) sont plus marqués dans l'arachnitis, tandis que la paralysie prédomine dans la myélite. Là se borne tout le diagnostic; car je ne pense pas qu'il soit encore possible de préciser la nature de l'altération, c'est-à-dire de déterminer d'une manière certaine si on a à traiter une myélite ou seulement un de ces ramollissements à marche aiguë dont nous parlerons ailleurs, et qui semblent se produire sans le *concours manifeste* d'aucun travail inflammatoire.

Pronostic. — La myélite, comme on a pu s'en convaincre précédemment, est une maladie excessivement fâcheuse; sa gravité est d'autant plus grande que l'altération siége davantage vers les parties supérieures. La manifestation de la gangrène est un accident des plus fâcheux; enfin la paralysie des muscles respiratoires indique une mort prochaine.

Étiologie. — La myélite paraît plus commune dans la jeunesse et l'âge adulte; elle est le plus souvent spontanée; mais elle succède assez fréquemment à des violences extérieures sur le rachis, à des fatigues

excessives, telles que celles de la marche, surtout lorsque les individus portent de lourds fardeaux sur leurs épaules. Enfin l'altération des vertèbres, la compression de la moelle par une production morbide, ou simplement par la déviation du rachis, peut finir par provoquer une inflammation aiguë de la pulpe nerveuse.

Traitement. — Les moyens de traitement sont exactement les mêmes que pour la méningite rachidienne dans la période aiguë. Mais les révulsifs devront être ici beaucoup plus énergiques : c'est ainsi que, dès qu'on aura suffisamment combattu l'inflammation par les saignées générales et locales, on appliquera un ou plusieurs cautères ou moxas sur les côtés des apophyses épineuses correspondant à l'altération. Ces moyens, auxquels on peut joindre, d'après le conseil de M. Ollivier, l'usage de douches salines ou sulfureuses sur le rachis, sont à peu près les seuls qui aient quelque efficacité dans les paraplégies chroniques, maladies contre lesquelles nous avons vu toujours échouer l'électropuncture et la strychnine, moyens d'ailleurs qui ne devront être essayés qu'avec prudence, et lorsque tout état aigu a cessé depuis longtemps.

Dans la myélite, comme dans la plupart des maladies de la moelle, il faut prendre les plus grandes précautions pour éviter les escarres, qui ont beaucoup de tendance à se produire. Les malades seront donc tenus proprement; on les changera souvent de position; on évitera tout ce qui pourrait irriter et contondre la peau : c'est dans ces cas que les lits mécaniques ont une grande utilité.

DE LA NÉVRITE OU NEURITIS.

C'est à tort que quelques auteurs, comme Boerhaave, ont autrefois contesté que les nerfs pussent jamais s'enflammer. D'autres soutenaient que dans la névrite, l'inflammation respectait la pulpe nerveuse, tandis que le névrilème seul était phlogosé : aussi désignaient-ils plutôt la maladie sous les noms de névrilite ou de névrilémite. Mais les recherches cadavériques ont prouvé aujourd'hui que le névrilème, comme la substance nerveuse, peut être isolément ou simultanément atteint par l'inflammation. Celle-ci est caractérisée dans le premier par la rougeur, l'épaississement et la friabilité du tissu; dans la seconde, par l'injection, le ramollissement et l'infiltration purulente de la substance nerveuse, qui est parfois transformée en une pulpe grisâtre; le volume du nerf est augmenté. Nous ne savons rien sur les caractères de la névrite chronique. Quoi qu'il en soit, la névrite est une maladie excessivement rare, surtout comme affection idiopathique; elle succède presque toujours à quelque cause traumatique comme une plaie ou une cutusion.

Symptômes. — La névrite est caractérisée par une douleur vive, dilacérante ou contusive, siégeant sur le trajet connu d'un nerf; elle est

continue et augmente par la pression. Si le nerf est superficiellement placé, on sent à travers la peau un cordon dur, noueux, douloureux, formé par l'organe malade, et dont les fonctions se trouvent plus ou moins perverties. C'est ainsi que les parties qui recouvrent les ramifications du nerf sont le siége d'un engourdissement pénible, et quelquefois d'une paralysie qui porte à la fois sur le sentiment et le mouvement, ou sur l'une de ces facultés seulement, suivant la nature du nerf malade. Cette paralysie peut même devenir permanente si l'inflammation, arrivant jusqu'à suppuration ou même gangrène, avait pour effet de détruire le nerf, ou bien encore si celui-ci était frappé d'atrophie. L'ulcération n'est jamais une terminaison de la névrite. Cette lésion, dans les cas rares où on l'a observée, a toujours été consécutive à la destruction des tissus ambiants. Cependant les faits de névrite jusqu'à présent connus sont assez rares pour qu'on ne puisse encore déterminer quels sont la marche, le mode de terminaison le plus fréquent de la maladie et partant le pronostic à établir.

Le traitement est essentiellement antiphlogistique; on insistera surtout sur les émissions sanguines locales, les cataplasmes, les bains, les onctions mercurielles et les révulsifs internes. Enfin si, lorsque la période inflammatoire ayant cessé, les malades éprouvent de l'engourdissement, un commencement de paralysie, on promènera un ou plusieurs vésicatoires, ou même on appliquera plusieurs cautères ou moxas sur le trajet du nerf.

INFLAMMATIONS DE QUELQUES UNS DES SENS.

DU CORYZA.

Synonymie. — Rhinite, rhume de cerveau, catarrhe nasal, *gravedo*, enchifrènement.

Le coryza ou rhinite est l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse les fosses nasales. On l'observe à l'état aigu ou à l'état chronique. Le coryza chronique se subdivise en deux espèces, suivant qu'il est simple ou compliqué d'ulcération. Ce dernier constitue une affection distincte; nous la décrirons sous les noms d'*ozène* ou de *coryza ulcéreux*.

Anatomie pathologique. — Ce n'est guère que chez les très jeunes enfants qu'on a eu occasion d'examiner les altérations que le coryza produit dans la membrane pituitaire. A l'*état aigu*, on a trouvé celle-ci plus ou moins rouge, injectée, noirâtre. Elle était boursouflée épaissie par places, et friable. Enfin quelques auteurs, et Billard en particulier, l'ont vue tapissée par des concrétions pseudo-membraneuses. Dans le coryza chronique, la muqueuse pituitaire est plus dense; elle est inégale, rugueuse ou mamelonnée à sa surface, et tellement épaissie que

le canal nasal peut en être obstrué ou même oblitéré. Elle est en général friable, et présente une coloration d'un blanc opaque ou bien noirâtre, et surtout ardoisée.

Symptômes. — Au début, le coryza produit une sensation de sécheresse incommode dans les fosses nasales, accompagnée de picotements et de prurit, qui provoquent de fréquents éternuments. Il s'établit par les narines un écoulement plus ou moins abondant d'un mucus transparent, séreux, d'une saveur salée, qui rougit et excorie souvent la peau qui recouvre le rebord inférieur du nez et celle de la lèvre supérieure; l'odorat est diminué ou même tout-à-fait éteint. A cette période, on voit souvent apparaître de nouveaux symptômes dépendant de l'extension de la phlegmasie. Lorsqu'en effet celle-ci se propage aux sinus frontaux, les malades accusent une céphalalgie frontale gravative, qui s'exaspère par les mouvements et les secousses du corps, et qui parfois est assez incommode pour rendre impossible tout travail intellectuel. Plus rarement, l'inflammation s'étend dans les voies lacrymales, ce qui produit l'injection de la conjonctive, avec sensibilité à l'impression de la lumière, et larmoiement. Enfin, si la muqueuse du sinus maxillaire s'enflamme, le malade se plaint d'une douleur assez vive dans la joue correspondante; quelquefois même celle-ci paraît légèrement tuméfiée; il y a un sentiment de tension dans la mâchoire, et souvent les dents qui s'y implantent sont endolories.

Le coryza ne produit en général que ces accidents locaux; cependant il arrive quelquefois qu'il s'accompagne de malaise, d'inappétence et d'un léger mouvement fébrile précédé ou accompagné de frissons irréguliers. Cependant, au bout de deux ou trois jours, les symptômes s'amendent, la douleur et la tension diminuent; la fièvre, si elle existe, cesse; l'écoulement prend plus de consistance: il devient blanc, puis jaunâtre, verdâtre, opaque; il exhale une odeur fade, spermatique, il se détache difficilement, se dessèche rapidement, et produit des croûtes qui, obstruant les fosses nasales, gênent le passage de l'air, et donnent à la voix un timbre nasonné, qui existe souvent dès le début, à cause du boursouflement de la membrane muqueuse. Cette obstruction des fosses nasales étant beaucoup plus complète chez les nouveaunés, en raison de l'étroitesse naturelle de ces cavités, il en résulte des accidents plus ou moins graves, qui ont été parfaitement décrits par Billard et par M. Rayer. Ainsi, l'enfant est obligé de dormir la bouche ouverte; sa respiration est bruyante, sifflante, difficile; l'agitation, les cris et la physionomie de l'enfant expriment la douleur et la gêne excessive qu'il éprouve. Si dans ce moment on lui donne le sein, l'anxiété et la suffocation redoublent: il y a menaces d'asphyxie, puisque l'air ne peut plus pénétrer ni par les fosses nasales ni par la bouche, qui est remplie par le mamelon et par le lait qui s'en écoule : aussi l'enfant,

continuellement agité par le besoin de la faim et l'impossibilité de la satisfaire, tombe bientôt dans l'épuisement, et finit par succomber avant d'arriver à un degré de marasme avancé. Nous ne ferons que rappeler ici une forme de coryza aigu dont nous avons déjà parlé, et qui, toujours consécutif à la stomatite et à l'angine diphthéritique, est caractérisé par un suintement séro-sanguinolent fétide, et par l'expulsion de fausses membranes grisâtres.

Marche, durée, terminaisons. — Le coryza a une marche rapide; il se prolonge rarement au-delà d'un septénaire. Il a le plus souvent un cours régulier; quelquefois pourtant il présente des exacerbations. Enfin on l'a vu être périodique, et ne céder qu'à l'usage du quinquina. La maladie peut occuper d'emblée les deux fosses nasales; mais toujours il y offre une intensité inégale, et le plus souvent la maladie, d'abord bornée à une des cavités, s'étend à l'autre lorsque déjà la phlegmasie est en décroissance dans la première. Le coryza se termine presque toujours par résolution; il passe rarement à l'état chronique. Chez l'adulte, il a toujours une heureuse issue, ce n'est que chez les enfants qu'on l'a vu se terminer par la mort.

Lorsque le coryza est chronique, que celui-ci soit primitif ou consécutif à l'état aigu, il n'excite communément aucune douleur, mais seulement un sentiment de gêne dans le nez et de pesanteur à la racine de cet organe. La sécrétion de la membrane muqueuse est augmentée; il s'écoule par les narines un fluide presque toujours épais, opaque, grisâtre, jaune ou vert, inodore, d'une odeur fade, quelquefois d'une fétidité insupportable, bien que la membrane muqueuse ne soit le siége d'aucune ulcération. M. Cazenave (de Bordeaux) fait observer que les individus atteints de coryza chronique n'ont jamais la voix pure, et qu'ils se fatiguent promptement en parlant et en chantant. Cette forme de la maladie ne s'accompagne jamais d'accidents généraux. Elle a une marche lente, irrégulière, et l'on observe souvent des exacerbations qui peuvent persister chaque fois une ou deux semaines. Sa durée est indéterminée; elle peut continuer toute la vie sans altérer notablement la santé générale.

Diagnostic. — Le diagnostic du coryza aigu ne présente aucune difficulté. Il faut savoir seulement que cette affection n'est pas toujours idiopathique, mais qu'elle est souvent la conséquence d'un état général; c'est ce qu'on voit souvent dans la rougeole. Le coryza des nouveau-nés est caractérisé par la suffocation qui accompagne l'action de téter. Cet accident pourtant pourrait être produit par un vice de conformation de la bouche, de la langue, des fosses nasales ou du mamelon; mais dans ces cas, indépendamment des résultats fournis par l'inspection directe des parties, on peut remarquer que s'il y a vice de conformation l'impossibilité de téter remonte à la naissance, tandis que si les accidents

dépendent d'un coryza, on apprend que les enfants tétaient librement avant l'invasion de la maladie.

Le coryza chronique pourrait être confondu avec des polypes muqueux ; mais lorsque ceux-ci existent, l'enchifrènement ne suit pas la même marche que dans le coryza ; il augmente dans les temps humides, ne produit pas ou à peine d'écoulement ; enfin l'inspection des fosses nasales finit bientôt par faire constater la présence des corps étrangers. Lorsque l'écoulement devient purulent et fétide, on devra redouter la présence d'ulcérations dans le nez.

Pronostic. — Le coryza n'offre de gravité que chez l'enfant nouveau-né ou à la mamelle.

Étiologie. — La pituitaire est de toutes les muqueuses celle qui s'enflamme le plus souvent. Quoique le coryza soit une affection commune à tout âge, il paraît pourtant qu'il règne surtout dans l'enfance et chez les sujets lymphatiques. Il se montre souvent d'une manière épidémique après les variations brusques de température ou au commencement des froids rigoureux. Le coryza chronique a été regardé comme appartenant spécialement aux enfants lymphatiques. Il a été plusieurs fois consécutif à l'habitation dans les lieux humides, à la suppression de la sueur des pieds, à l'habitude d'aller nu-tête, à l'usage du tabac, etc.

Traitement. — Le coryza aigu n'exige presque jamais de traitement chez l'adulte. Cependant, si la céphalalgie est vive, il convient de conseiller l'usage de pédiluves et manuluves irritants ; on évitera l'action du froid ; le régime sera doux. Si le liquide qui s'écoule irrite encore le nez et les lèvres, on oindra ces parties avec de l'huile d'amandes douces ou de la pommade de concombre, qu'on portera même profondément dans le nez, ainsi que M. Piorry le conseille. Le traitement préconisé par le docteur Williams, et consistant dans l'abstinence complète des boissons pendant 36 ou 48 heures, ne saurait être adopté ; car ce serait faire subir un véritable supplice pour une maladie de peu d'importance. Les fumigations émollientes, que beaucoup de personnes conseillent, nous ont au contraire paru, comme à M. Chomel, le plus souvent nuisibles ; car elles exaspèrent ordinairement la céphalalgie, et rendent la respiration plus difficile, en augmentant le boursouflement de la muqueuse. Cependant les fumigations émollientes pourraient être utiles s'il existait une grande sécheresse des narines et si cet état était désagréable pour les malades. Si le coryza affecte un nouveau-né et s'il est assez intense pour produire l'occlusion presque complète des narines, il faudra remplacer l'allaitement naturel, devenu dès lors impossible, en donnant le lait par petites cuillerées à café, ce qui, ne nécessitant pas une occlusion parfaite de la bouche, permet encore l'introduction d'une quantité d'air suffisante. On pourra en même temps employer quelques révulsifs. Enfin les enfants seront maintenus au milieu d'une température douce.

Dans le coryza chronique on fera d'abord cesser l'action des causes qui l'ont produit ou qui l'entretiennent. On administrera quelques boissons sudorifiques, quelques laxatifs; on fera dans les fosses nasales des fumigations, d'abord émollientes, puis aromatiques. Si ces moyens échouent, on appliquera un vésicatoire à la nuque, ou bien encore on établira une dérivation sur un organe voisin, comme la bouche, à l'aide de masticatoires plus ou moins puissants, comme le tabac. Enfin, dans ces derniers temps, on a beaucoup vanté les médications topiques sur l'organe malade; ce sont surtout les préparations mercurielles et les cautérisations avec le nitrate d'argent. Nous en parlerons à l'article *Ozène*, auquel ces moyens sont surtout applicables.

DE L'OZÈNE.

Synonymie.— Coryza ulcéreux, rhinite ulcéreuse, punaisie, etc.

Nous donnons les noms d'*ozène* ou de *coryza ulcéreux* à une forme de la rhinite anatomiquement caractérisée par des ulcérations dans les fosses nasales. Quelques auteurs ont signalé la fétidité des narines comme constituant le caractère distinctif de la maladie; mais c'est là un accident commun à plusieurs maladies différentes des fosses nasales (coryza simple et ulcéreux, vices de conformation, etc.); par conséquent on ne saurait en faire un signe pathognomonique; cependant il est assez important pour qu'on doive, dans la description, diviser les ulcérations des fosses nasales en *fétides* et en *non fétides*.

Caractères anatomiques. — Lorsqu'on examine les fosses nasales dans le coryza ulcéreux, on trouve la membrane muqueuse épaissie, gonflée, mamelonnée, friable, décollée par un pus fétide et détruite dans différents points. Les ulcérations sont très variables quant à leur siége, à leur nombre, à leur étendue et à leur aspect. Les unes sont petites, n'intéressant que la membrane muqueuse et siégent ordinairement, suivant Boyer, à la partie antérieure de la cloison, au point de réunion des portions cartilagineuse et osseuse. Les autres se rencontrent ordinairement à la racine du nez, sur la muqueuse qui tapisse les os propres et le vomer; quelquefois petites, et alors très nombreuses; il est plus commun de n'en voir qu'une, deux ou trois, au plus, mais très larges. Les unes sont superficielles, les autres profondes, et pénètrent jusqu'à l'os, qui à ce niveau est carié, ramolli ou nécrosé. Les bords de ces solutions de continuité sont très irréguliers. Un mucus puriforme, sanguinolent, et des croûtes brunes, noirâtres, obstruent les fosses nasales, qui exhalent le plus souvent une odeur fétide. Enfin on peut trouver des désordres plus grands encore, comme la destruction des os propres du nez, de la cloison, du vomer; enfin le nez lui-même peut être détruit en totalité ou en partie.

Symptômes. — Le coryza ulcéreux succède quelquefois au coryza aigu, ou bien son début est obscur, et ne diffère en rien par ses symptômes et par sa marche du coryza chronique, dont nous avons précédemment parlé. Le malade, en effet, est habituellement enchifrené; il mouche du mucus abondant, épais, jaunâtre, verdâtre, purulent; il éprouve de la gêne, rarement de la douleur, dans les fosses nasales. Celles-ci sont obstruées par des croûtes adhérentes, que la plupart des malades arrachent avec leurs doigts, et qui produisent parfois un petit suintement sanguin; l'irritation est alors augmentée, et la répétition de pareilles manœuvres s'oppose souvent à la guérison. Cependant, dans une forme plus grave de la maladie, le fluide qui s'échappe est ichoreux, fétide, et l'air qui traverse les fosses nasales pendant l'expiration est lui-même imprégné de cette odeur pénétrante, insupportable, qu'on a comparée à celle de la sueur des pieds ou des macérations anatomiques, ou bien à celle d'une punaise écrasée; de là le nom de *punaisie* donné à la maladie, et celui de *punais*, sous lequel on désigne quelquefois les malades. Lorsque l'ulcération s'étend aux os ou aux cartilages du nez, on voit cet organe se tuméfier et se déformer, et devenir d'un rouge violacé: en pressant à ce niveau avec les doigts, on constate souvent de l'empâtement, de l'œdème, une sorte de crépitation due à l'altération des os propres, qui finissent par se détacher et sortir soit par les fosses nasales, soit par une ulcération des téguments. Dans ce cas, le nez s'affaisse à sa base, tandis que sa pointe se relève, ce qui donne à la face quelque chose d'ignoble et de hideux.

Marche, durée, terminaisons. — Le coryza ulcéreux a toujours une marche chronique; cependant il peut présenter de temps en temps des exacerbations qui lui donnent momentanément l'apparence d'une maladie aiguë. Cette affection, qui n'a pas de tendance à guérir spontanément, a presque toujours une durée longue, indéterminée. Elle rend souvent la vie incommode, insupportable, mais elle ne l'abrège pas sensiblement, et lorsque la mort survient, c'est toujours par suite de quelque complication.

Diagnostic. — Lorsqu'il n'existe que de l'enchifrènement ainsi qu'un écoulement jaune, verdâtre ou purulent, il est impossible de dire s'il y a un coryza simple ou ulcéreux; la fétidité des narines n'est pas non plus un caractère distinctif, puisque nous avons vu qu'on pouvait l'observer dans le coryza simple, comme dans le coryza ulcéreux, et même chez des individus qui ont la base du nez aplatie, les fosses nasales étroites et vicieusement conformées. L'inspection seule des parties, comme le pratique M. J.-J. Cazenave, de Bordeaux, peut seule permettre d'établir le véritable caractère de la maladie. Pour procéder à cet examen, M. le docteur J.-J. Cazenave conseille de placer le malade en face d'une croisée bien éclairée, de lui renverser la tête en

arrière, et de faire parvenir les rayons lumineux aussi profondément que possible. S'il existe des croûtes, on fera des lotions et des fumigations émollientes afin de les détacher sans efforts. Si cette exploration est sans résultats, M. Cazenave prend un stylet mousse, flexible et recourbé à son extrémité en forme de crochet, il l'introduit dans la fosse nasale aussi profondément qu'il le peut; puis, en le ramenant d'arrière en avant, et lui faisant exécuter de légers mouvements de rotation, il explore avec l'extrémité mousse toute la surface de la membrane pituitaire. Celle-ci est-elle exempte d'ulcérations, le stylet glisse sans sentir d'inégalités; mais si, au contraire, la membrane offre des solutions de continuité, l'extrémité de l'instrument est retenue par les bords de l'ulcération. L'exploration dont je parle sera surtout faite sur la partie de la cloison voisine de la racine du nez, puisque nous avons vu que c'était là le siége de prédilection des ulcérations. Enfin c'est encore par l'inspection qu'on pourra distinguer le coryza ulcéreux d'un polype, de l'inflammation phlegmoneuse, des abcès de la cloison et du cancer des ailes du nez. Je ne dirai rien du coryza qui accompagne la morve et le farcin chronique, car c'est le symptôme d'une affection générale, et qui, comme nous le verrons plus tard, a des caractères particuliers.

Enfin le coryza ulcéreux diagnostiqué, il faut reconnaître sa nature. S'il y a peu de douleur, si le mucus nasal est peu altéré, s'il n'exhale non plus que l'air aucune odeur fétide, il est probable qu'il n'existe qu'une ulcération simple, dont la guérison sera facile. Mais si l'odeur est fétide, si l'écoulement nasal est ichoreux, purulent, on devra regarder l'ulcère comme étant plus grave, et l'on recherchera alors s'il n'est pas symptomatique d'un état constitutionnel, tel que la syphilis et les scrofules; on éclaircira ce problème par l'étude des commémoratifs et des symptômes concomitants.

Pronostic. — Si le coryza ulcéreux ne compromet pas l'existence, il constitue du moins une affection incommode, répugnante, et qui peut produire à la longue une mutilation.

Etiologie. — Le coryza ulcéreux est rare avant dix ans; on l'observe surtout dans la jeunesse et l'âge adulte; on ignore quelle est l'influence du sexe : il a paru quelquefois être héréditaire. Une constitution molle, scrofuleuse, paraît y prédisposer; on ne sait précisément si les personnes qui sont sujettes aux coryzas y sont plus exposées que d'autres. Quant aux causes occasionnelles, elles nous sont inconnues dans la plupart des cas; toutefois il est hors de doute que l'ozène a été plusieurs fois consécutif à l'extirpation ou à l'arrachement des polypes; d'autres fois la maladie semble être un accident des scrofules; enfin plus souvent encore l'ozène est produit par la syphilis constitutionnelle, et c'est surtout quand il reconnaît cette cause qu'on observe la destruction des os et des cartilages du nez.

Traitement. — On a conseillé un grand nombre d'agents thérapeutiques contre le coryza ulcéreux. Il faut, lorsque des accidents aigus existent, les combattre par le régime antiphlogistique et les révulsifs, par des lotions, des injections et des fumigations émollientes; c'est par ce dernier moyen qu'on provoquera la chute et l'issue des croûtes qui obstruent les fosses nasales et qui sont une cause permanente d'irritation. Les malades ne devront jamais les arracher. Plus tard on a recours aux injections détersives avec le chlorure de calcium ou de sodium (2 grammes pour 150 à 200 grammes d'eau d'orge) avec une décoction de roses rouges, une solution d'acétate de plomb. On peut aussi faire, soit avec celui-ci, soit avec le minium, la céruse, une pommade, un cérat, que l'on introduit dans le nez à l'aide d'un pinceau ou d'une tente. Depuis près d'un siècle les mercuriaux ont été administrés à différentes époques contre le coryza ulcéreux non syphilitique. M. Trousseau a, dans ces derniers temps, remis cette pratique en honneur, et a conseillé aux malades atteints de coryza chronique, simple ou ulcéreux, de prendre sept ou huit fois par jour une pincée d'une poudre faite avec un mélange de protochlorure de mercure (1 gram. 30 centigr.), d'oxyde rouge (60 centigr.) et de sucre candi (16 gram.). M. Trousseau injecte aussi une solution de sublimé. On peut, par exemple, dissoudre 8 grammes de sublimé dans 380 grammes d'eau ; puis on prend depuis une demi-cuillerée à café jusqu'à deux cuillerées de cette solution qu'on met dans un verre d'eau, et dont on se sert pour faire des injections. Ces topiques seront surtout indiqués lorsque l'ozène est de nature vénérienne; mais dans ce cas il faudra de plus soumettre le malade à un traitement mercuriel régulier, et on y associera l'usage des sudorifiques. De même la constitution scrofuleuse exigera l'emploi des toniques, des ferrugineux; enfin dans les cas rebelles on modifiera les surfaces par la cautérisation. Pour la pratiquer, M. J.-J. Cazenave, qui a surtout préconisé ce moyen, porte un crayon de nitrate d'argent sur l'ulcération ; et, s'il n'a pu la découvrir, il introduit et promène le caustique le plus loin possible dans l'intérieur des fosses nasales. Si ce moyen échoue, M. Cazenave propose de porter un pinceau imprégné d'une solution de nitrate d'argent (1 ou 2 gram. pour 30 gram. d'eau), ou d'injecter cette même solution à l'aide d'une seringue recourbée, en donnant pourtant aux malades une position telle que le liquide pénètre le moins possible dans le pharynx. Dans les cas où tous les moyens échouent, il faudra conseiller quelques palliatifs pour masquer l'odeur fétide que les malades exhalent; dans ce but on leur conseille de renifler plusieurs fois par jour de l'eau tiède chlorurée, ou une eau rendue odoriférante avec la menthe, la sauge, l'eau de mélisse, etc.

DE L'OTITE.

Sous le nom d'*otite*, on comprend toutes les inflammations de l'intérieur de l'oreille; on les divise, d'après leur marche, en *aiguë* et en *chronique;* d'après leur siége, en *externe* et en *interne.* Dans le premier cas, la phlegmasie, bornée au conduit auditif externe, ne dépasse pas la membrane du tympan; dans le second, elle occupe une ou plusieurs des parties qui constituent l'oreille interne.

Caractères anatomiques.—Dans l'otite aiguë et externe, la peau fine qui tapisse le conduit auditif est injectée, rouge, et souvent assez tuméfiée pour oblitérer tout-à-fait ce canal; elle a alors l'aspect d'une muqueuse. On peut voir à sa surface des vésicules, des pustules, de petits abcès et des ulcérations; quelquefois elle est décollée par du pus, et il est commun alors de trouver les cartilages subjacents ramollis et perforés, tandis que les os sont rarement altérés; souvent la membrane du tympan est perforée ou détruite. Dans l'otite interne on trouve les différentes parties de l'oreille interne, et notamment la cavité du tympan, les cellules mastoïdes et le conduit d'Eustache, tapissés par une muqueuse rouge, boursouflée, ramollie, ulcérée; ces cavités et les canaux demi-circulaires eux-mêmes sont parfois remplis d'une matière sanieuse et purulente; enfin les os finissent bientôt par être attaqués à leur tour. Ces lésions sont bien autrement graves et profondes dans l'otite chronique, plus généralement désignée sous les noms d'*otorrhée purulente.* Ici, en effet, on touve des végétations fongueuses dans le conduit auditif interne; la membrane du tympan est complétement détruite; les osselets de l'ouïe sont détachés, libres, ou bien il n'en existe plus de trace, la suppuration les ayant entraînés pendant la vie. Les os sont cariés dans un ou plusieurs points; on observe surtout la carie de l'apophyse mastoïde du rocher au voisinage des canaux demi-circulaires; le conduit auditif interne est beaucoup plus rarement atteint. Dans les cas où le rocher est ainsi carié, nécrosé, vermoulu dans toute son épaisseur, on observe souvent des lésions graves vers le cerveau et les membranes. Ainsi la dure-mère est noirâtre et séparée des os, et la portion correspondante du cerveau, ainsi que nous l'avons déjà dit, est ramollie ou le siége d'un vaste abcès le plus souvent enkysté, et dont la cavité communique quelquefois avec l'intérieur de l'oreille à l'aide de plusieurs ouvertures ou pertuis du rocher.

Symptômes et marche de l'otite aiguë. — Dans l'otite externe, les malades accusent une douleur d'abord faible, sourde, quelquefois seulement prurigineuse; dans d'autres cas elle est vive, lancinante, et arrache des cris; la mastication, les mouvements, l'impression du chaud et du froid l'exaspèrent; l'ouïe de ce côté est diminuée ou perdue; les

malades se plaignent d'éprouver des bourdonnements et des sifflements par suite du gonflement de la membrane qui obstrue ou oblitère le conduit. En même temps il existe un état de malaise, quelquefois de la fièvre avec céphalalgie ou hémicrânie. Si la douleur d'oreille est très vive, et si le sujet est nerveux, il peut survenir du délire. Cependant, vers le troisième ou quatrième jour, ces symptômes diminuent d'intensité, et cet amendement coïncide presque toujours avec un écoulement d'un pus inodore ou fétide qui a lieu par le conduit auditif, et s'arrête généralement au bout de quelques jours.

Dans l'otite aiguë interne, les accidents sont bien plus graves : ainsi la douleur d'oreille est atroce, intolérable; il y a de la fièvre, des nausées, des vomissements, une céphalalgie vive, de l'agitation, de l'insomnie, des convulsions, du délire ou du coma. Ces accidents sont le plus souvent un effet purement sympathique; mais quelquefois aussi ils indiquent une complication inflammatoire du côté des méninges ou du cerveau. La maladie se termine rapidement par suppuration. Lorsque du pus est ainsi accumulé dans la caisse du tympan, on peut, en auscultant l'oreille, entendre souvent pendant les violents efforts d'expiration, et lorsque l'air de la trompe traverse le liquide, une sorte de râle sous-crépitant, et parfois même un véritable gargouillement (Ménière). Cependant le pus, après être resté plus ou moins longtemps emprisonné dans l'oreille, finit par se frayer une issue au-dehors; souvent il s'échappe brusquement et comme par flot par le conduit auditif externe, après avoir perforé la membrane du tympan; plus rarement il s'écoule par la trompe d'Eustache, et les malades s'en aperçoivent par le pus qu'ils rejettent par expuition, et qui entretient dans la bouche une saveur et une odeur désagréables. Enfin l'apophyse mastoïde peut se carier et se perforer; le pus alors s'échappe par cette voie, après avoir produit un abcès extérieur.

Durée, terminaisons. — L'otite peut durer cinq ou six jours; d'autres fois elle se prolonge pendant un mois : au-delà de cette époque, on dit qu'elle est chronique. Lorsque l'inflammation n'atteint que le conduit externe, les malades guérissent complétement; cependant il arrive parfois qu'ils conservent pendant longtemps un peu de dureté de l'ouïe, ce qui dépend probablement d'un peu d'épaississement de la membrane. Mais après l'otite interne, il est rare que les malades ne restent pas avec l'ouïe dure; souvent même ils sont complétement sourds. Quelques uns succombent à la violence des accidents cérébraux.

Symptômes, marche et suites de l'otite chronique. — L'otite chronique, ou otorrhée purulente, peut succéder à l'état aigu ou bien être primitive. Comme l'inflammation aiguë, elle peut être *externe* ou *interne*. Souvent il n'y a aucune douleur; la maladie ne consiste qu'en un écoulement d'un pus jaune ou grisâtre abondant, accompagné de

bruissement et de dureté de l'ouïe. Si la membrane du tympan est détruite, on verra de l'air sortir en bouillonnant ou avec sifflement par le conduit auditif externe, lorsqu'on fait souffler fortement le malade, comme dans l'action de se moucher, mais en ayant soin de serrer le nez entre ses doigts pour empêcher l'air de sortir par les narines, et pour qu'il s'insinue dans l'oreille par l'ouverture de la trompe d'Eustache. On peut aussi, par le *speculum auris*, constater l'état de la membrane du tympan. Si l'oreille interne est envahie, l'ouïe est presque toujours perdue, à cause des graves désordres qui se produisent : ainsi la suppuration est plus abondante; elle est grisâtre, sanieuse, noirâtre, fétide, mêlée à des fragments d'os, qu'on reconnaît pour être le plus souvent les osselets de l'ouïe, cariés ou nécrosés. Si le rocher est altéré, on finit par observer divers accidents cérébraux : ainsi quelques malades éprouvent une paralysie faciale lorsque la lésion, occupant l'aqueduc de Fallope, le nerf moteur de la face qui s'y trouve est comprimé et quelquefois détruit. Si le rocher est altéré dans toute son épaisseur, des symptômes cérébraux plus graves ne tardent pas à se manifester, tantôt d'une manière aiguë (encéphalite, méningite), tantôt lentement (abces enkystés). Dans l'un et l'autre cas, on voit ordinairement diminuer alors la sécrétion purulente, ce qui s'explique par le travail inflammatoire du cerveau, qui agit sur l'oreille comme moyen révulsif.

On a décrit une espèce d'otite chronique qu'on nomme *sèche*, parce qu'elle ne s'accompagne d'aucune sécrétion morbide. Dans ce cas, le conduit auditif externe est d'un rouge vif et ne sécrète plus de cérumen; on n'y trouve plus que quelques écailles, et il est le siége habituel d'une douleur prurigineuse; l'ouïe est plus ou moins altérée. Si l'otite est interne, les malades ressentent une gêne profonde dans l'oreille; l'ouïe est dure, et lorsqu'on ausculte l'organe pendant une forte expiration, on sent que l'air ne pénètre pas dans les cellules mastoïdiennes, ou bien de temps en temps on entend un sifflement produit par le passage de l'air à travers des conduits plus étroits, en raison du boursouflement de la muqueuse. L'otite chronique a une durée indéterminée; peu de malades guérissent; presque tous restent plus ou moins complétement sourds.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'otite externe ne peut présenter aucune difficulté. Il n'en est pas de même de l'otite interne à sa première période. Lorsqu'en effet il n'y a encore aucun écoulement, la violence de la douleur et les accidents cérébraux qui existent pourront faire croire à une méningite. Mais dans l'otite, la douleur, quelque générale qu'elle soit, siége surtout dans l'oreille. La pression exercée sur l'os temporal et surtout sur l'apophyse mastoïde l'exaspère; il en est de même des mouvements de la mâchoire. Les bourdonnements d'oreilles, la surdité et les résultats d'auscultation permettent encore d'établir le dia-

gnostic de la maladie. Ces caractères différencient encore l'otite de l'*otalgie*, sorte de névralgie d'un des nerfs de l'oreille (nerf acoustique, corde du tympan, rameau anastomotique de Jacobson). Dans l'otalgie il y a une douleur vive, atroce, qui se développe subitement et cesse de même. Lorsque le pus s'échappe au-dehors, on ne peut plus conserver de doute sur la nature de la maladie; cependant, il importe d'être prévenu que la suppuration peut s'échapper par la trompe d'Eustache. Il importe aussi, pour le pronostic, de déterminer l'étendue des désordres. Pour y parvenir, on n'a qu'à se rappeler ce que nous avons dit plus haut sur les signes qui annoncent la perforation du tympan et la carie du rocher.

Pronostic. — L'otite externe n'est grave que parce qu'elle amène souvent à sa suite l'otite interne. Celle-ci constitue toujours une affection fâcheuse, puisqu'elle occasionne presque nécessairement une infirmité incurable et que souvent elle a une issue funeste.

Etiologie. — L'otite affecte surtout les enfants et les jeunes gens. On dit que les scrofuleux y sont plus prédisposés; mais les nombreux écoulements d'oreille qu'on observe chez eux ne dépendent pas toujours d'un travail inflammatoire; ils sont plus souvent l'effet d'une simple sécrétion morbide, d'un catarrhe, ou bien ils dépendent d'une altération des os, semblable à celle qu'on observe dans plusieurs autres parties du corps et à laquelle l'inflammation est tout-à-fait étrangère. Mais il est plusieurs maladies vers le déclin desquelles l'otite survient très fréquemment: ce sont surtout la variole, la rougeole, la fièvre typhoïde, et la phthisie pulmonaire parmi les maladies chroniques. Dans la plupart des cas, l'otite survient d'une manière tout-à-fait spontanée ou sous l'influence de causes toutes locales, telles que l'impression d'un courant d'air froid reçu sur l'oreille, l'accumulation du cérumen, l'introduction d'un corps étranger, certaines opérations pour détruire des végétations et des polypes. Itard et quelques médecins après lui ont cru qu'un abcès primitivement développé dans le cerveau pouvait, en s'ouvrant dans l'oreille interne, enflammer celle-ci et produire une variété d'otite qu'on a nommée *otorrhée cérébrale;* mais des faits plus sévèrement observés ont prouvé que, loin d'être cause de l'otite, l'abcès cérébral n'était qu'une lésion consécutive à l'inflammation de l'oreille.

Traitement. — Il faut opposer à l'otite aiguë un traitement antiphlogistique proportionné à sa gravité. Dans l'otite externe et peu intense, on se borne à l'emploi de quelques injections émollientes dans l'oreille, de cataplasmes calmants sur l'organe, de pédiluves irritants. Si la douleur est vive, il est indiqué d'injecter dans l'oreille une solution d'opium (25 à 30 centigrammes pour 60 grammes d'eau); on appliquera un certain nombre de sangsues sur l'apophyse mastoïde et à la tempe, et, s'il y a beaucoup de fièvre, on ouvrira la veine du bras. Ces mêmes

moyens, auxquels on associera les évacuants intestinaux, et surtout les drastiques, conviendront aussi dans l'otite interne. Il faudra seulement pousser le traitement avec beaucoup d'activité, et se conduire comme vis-à-vis d'une maladie grave et qui peut entraîner rapidement la mort. Lorsque la suppuration s'est accumulée dans l'oreille interne, il faut se hâter de l'évacuer en raison des graves désordres qui peuvent en résulter. On a proposé dans ces cas de désobstruer le conduit d'Eustachi ou de perforer la membrane du tympan; ce moyen est, en général, préférable. L'abcès ouvert, on favorise la sortie du pus par la position et des injections. Dans l'otorrhée purulente, il faut peu espérer de celles-ci; elles ne servent guère, en effet, qu'à entraîner le pus. Elles devraient presque toujours être émollientes ou légèrement détersives, car les liquides irritants ou astringents qu'on emploie ont trop souvent pour résultat de faire naître des accidents aigus. Quant aux huileux, qui sont d'un usage si général, il faut aussi s'en abstenir; car l'huile, en rancissant, devient irritante, et en se concrétant elle forme obstacle à l'écoulement du pus, ce qui est toujours une circonstance fâcheuse. Pour modifier l'état des surfaces suppurantes, on devra surtout espérer de bons effets d'une médication révulsive : ainsi on commencera pour l'otite externe à appliquer un vésicatoire derrière l'oreille ou à la nuque; mais dans l'otite interne, ce moyen est insuffisant, et il convient de le remplacer par un séton. Il faudra en même temps donner à l'intérieur les médicaments propres à combattre certains états généraux qui peuvent à eux seuls produire ou entretenir l'otorrhée; telle est en particulier la constitution scrofuleuse, à laquelle on opposera les moyens appropriés. S'il y a carie des os, on essaiera également l'usage des eaux minérales, alcalines et sulfureuses à l'intérieur, et à l'extérieur en bains, injections et douches. Contre l'otite sèche, si elle occupe le conduit auditif externe, on opposera les injections sédatives, mucilagineuses, puis légèrement alcalines; enfin, si ces moyens échouent, on modifiera l'état des surfaces par la cautérisation.

INFLAMMATIONS DES ORGANES DE LA SÉCRÉTION ET DE L'EXCRÉTION URINAIRES.

DES INFLAMMATIONS DES REINS.

Jusque dans ces derniers temps on a compris sous le titre de *néphrite* les inflammations aiguës ou chroniques des divers tissus qui entrent dans l'organisation des reins. Cependant les recherches des observateurs modernes, et particulièrement celles de Bright et Christison en Angleterre, ainsi que les beaux travaux de M. Rayer en France,

ont démontré que l'inflammation pouvait affecter des siéges différents. C'est ainsi qu'on la voit envahir isolément les substances corticale et tubuleuse, ou bien la membrane des uretères et des bassinets : on nomme la première *néphrite*, et on réserve à la seconde la dénomination de *pyélite*. Ces deux espèces d'inflammations coexistent souvent chez le même individu, et peuvent se montrer l'une et l'autre à l'état aigu et à l'état chronique. Les auteurs, et M. Rayer surtout, ont encore admis plusieurs espèces ou variétés d'inflammations rénales, en ayant surtout égard aux causes qui les produisent ou aux circonstances dans lesquelles elles se développent ; mais ces distinctions nous ont paru peu importantes. Toutefois il faut conserver parmi les phlegmasies, et décrire comme espèce distincte la maladie que Bright le premier a décrite, et que M. Rayer propose de nommer *néphrite albumineuse*, en raison du caractère remarquable que les urines présentent.

DE LA NÉPHRITE AIGUE ET CHRONIQUE.

Caractères anatomiques. — Dans le premier degré de l'inflammation, on trouve les reins augmentés de volume, en totalité ou en partie, suivant que la maladie est générale ou partielle. A l'extérieur de l'organe existe une coloration qui varie du rouge au brun foncé, uniforme ou disposée par plaques, par arborisations fines ou par piquetés, dans l'intervalle desquels on distingue à l'œil nu ou à la loupe une foule de petits points d'un rouge vif, plus rarement noirs, ne faisant aucun relief, disposés en lignes, rarement groupés entre eux, visibles à la coupe de la substance corticale, mais existant surtout à la surface. Ces corps ne seraient autre chose, d'après M. Rayer, que les glandules de Malpighi très injectées. En divisant les reins longitudinalement et dans toute leur épaisseur, on reconnaît que les substances tubuleuse et corticale sont plus consistantes, ordinairement friables, plus rarement ramollies ; elles sont, en outre, d'un rouge plus ou moins foncé, à cause de la grande quantité de sang qu'elles contiennent, et qu'on voit s'écouler lorsqu'on incise l'organe ou qu'on le presse entre les doigts. A côté de ces parties injectées, M. Rayer en a quelquefois trouvé d'autres où la substance des reins était anémique ; mais cette altération se rencontre plus communément dans l'espèce de néphrite qu'on nomme albumineuse. Les lésions que je viens d'énumérer constituent le premier degré de la néphrite ; mais il est très rare de les observer, attendu que l'inflammation des reins n'a une issue funeste qu'à une époque plus avancée, et lorsqu'elle s'est terminée par suppuration. Dans ce cas, le pus se rencontre surtout dans la substance corticale ; il y est rarement infiltré, mais presque toujours on le trouve réuni en petits foyers solitaires ou multiples, du volume d'un pois ou d'une noisette. Plusieurs de ces

abcès peuvent former par leur réunion une collection plus vaste. Toutefois, l'espèce de néphrite que nous étudions actuellement produit rarement des abcès très étendus. Les vastes suppurations qui occupent tout un rein dépendent bien moins, comme l'a démontré M. Rayer, d'une néphrite simple que d'une inflammation primitivement développée dans les calices et le bassinet (voir plus bas *Pyélite*). L'habile observateur que je viens de citer dit également qu'au lieu de pus on peut trouver encore un dépôt de lymphe plastique semblable à celui que nous avons signalé dans la splénite. Cette altération serait presque constante, d'après M. Rayer, dans la néphrite qu'il nomme *rhumatismale*. La gangrène des reins est une altération qui, jusqu'à présent, a été à peine observée. On la reconnaîtra à la couleur livide, brunâtre, des tissus, à leur ramollissement, et surtout à l'odeur caractéristique qu'ils exhalent.

Lorsque la néphrite simple existe à l'état chronique, les reins ont le plus souvent un volume moins considérable ; ils sont atrophiés, durs, plus pesants ; leur surface, plus ou moins marbrée, bleuâtre, ardoisée, quelquefois presque pâle, et comme anémique, est marquée par des dépressions, dont quelques unes sont le résultat de cicatrices, ou par des saillies. Celles-ci sont constituées, tantôt par la substance corticale, qui semble avoir subi dans ce point un peu d'hypertrophie ; d'autres fois, elles sont formées par une sorte de matière fibrineuse épanchée.

Symptômes, marche. — Suivant M. Rayer, l'invasion de la néphrite aiguë serait presque toujours marquée par un frisson plus ou moins prolongé ; la douleur le suit de près ; celle-ci est communément sourde, continue, profonde, et ne se réveille parfois que lorsqu'on comprime fortement la région rénale. Elle peut occuper un seul rein ou les deux à la fois. Dans ce dernier cas, elle prédomine dans un des côtés ; la pression l'exaspère presque toujours. Il en est de même fort souvent des mouvements de flexion du tronc, des secousses de la toux, et du décubitus en supination. Fixée presque toujours au niveau de l'organe malade, elle s'irradie souvent vers le diaphragme, mais surtout vers les uretères, la vessie, les testicules ou les aines, où elle retentit d'une manière très pénible. Quoique, dans la plupart des cas, les reins enflammés soient en même temps augmentés de volume, cependant il est rare qu'ils forment une tumeur appréciable par le palper de l'abdomen, et même par la percussion, quoique par ce dernier mode d'exploration on puisse quelquefois les circonscrire assez exactement, pourvu toutefois que la paroi abdominale antérieure, peu épaisse et très flasque, se laisse assez déprimer pour arriver jusque sur l'organe malade. L'urine est toujours altérée dans sa quantité et dans ses qualités. Ainsi, la sécrétion urinaire est moins abondante ; elle peut même être momentanément supprimée, lorsque les deux reins sont affectés, ou même quand il n'y en a qu'un de malade. Examinée, quant à ses propriétés physiques et

chimiques, l'urine de la néphrite simple est parfois un peu sanguinolente, ce qui lui donne alors une couleur foncée. L'acide nitrique et la chaleur y dévoilent assez souvent la présence de l'albumine; mais ce produit n'y existe ordinairement qu'en petite quantité, et d'une manière tout-à-fait passagère. En outre, cette urine est à peine acide; souvent elle est neutre, ou même tout-à-fait alcaline, et contient moins d'acide urique et d'urates qu'à l'état normal. On y rencontre aussi des dépôts muqueux ou purulents, qui, d'après M. Rayer, indiquent bien moins une phlegmasie des substances corticale ou tubuleuse que celle des calices, du bassinet, de la muqueuse, des uretères et de la vessie. Dans la néphrite simple, l'urine n'a donc aucun caractère constant, et par conséquent caractéristique.

La néphrite s'accompagne toujours d'un mouvement fébrile plus ou moins intense, et proportionné à l'intensité de la maladie; presque toujours aussi on remarque quelque dérangement du côté des fonctions digestives, comme une bouche mauvaise, des nausées, des envies de vomir et de la constipation. Rarement il existe des accidents graves de malignité ou de putridité, comme le coma, le délire, la prostration, les dents et la langue fuligineuses, et des redoublements fébriles simulant des accès de fièvre rémittente pernicieuse. De pareils accidents sont, en effet, excessivement rares; on ne les observe guère que dans les cas où, la néphrite étant double, la sécrétion urinaire est suspendue. On conçoit qu'il doit en être de même dans les cas où un rein unique existant, l'inflammation vient à l'envahir dans sa totalité.

Terminaisons, durée. — La néphrite se termine ordinairement par résolution; on voit alors les symptômes précédemment énumérés disparaître peu à peu, et la sécrétion urinaire revenir à son état physiologique. La maladie a alors une durée qui varie entre sept et quinze jours. La terminaison par suppuration n'est annoncée presque toujours que par des signes rationnels, tels que la persistance de la fièvre, les redoublements nocturnes, les frissons irréguliers, les sueurs, et les accidents typhoïdes. La présence du pus dans l'urine, que beaucoup de personnes signalent comme un phénomène constant, est, par contre, assez rare. D'ailleurs elle indique peut-être moins une néphrite parenchymateuse qu'une inflammation primitive ou consécutive du calice ou des bassinets. Dans les cas rares où la néphrite se termine par gangrène, les symptômes typhoïdes sont encore plus marqués; la prostration est extrême; l'urine est noire, fétide : on l'a comparée alors à l'eau de fumier.

Enfin l'inflammation passe souvent à l'état chronique. Nous avons vu dans ce cas que le tissu rénal était atrophié ou induré; mais on n'est pas encore fixé sur la nature des accidents qu'on observe alors. Quelques malades éprouvent une douleur habituelle dans les reins; leur

urine est peu acide; parfois elle est neutre ou même alcaline; les extrémités inférieures sont faibles; enfin ils maigrissent, et leur constitution s'altère. Cependant, dans une foule de cas, les lésions qui caractérisent la néphrite chronique existent sans exciter aucun trouble bien appréciable dans la santé, et, comme le dit avec raison M. Rayer, il est impossible d'établir aujourd'hui jusqu'à quel point l'induration rénale doit être portée pour être incompatible avec l'exercice à peu près régulier de la sécrétion urinaire. Quoi qu'il en soit, il résulte surtout des recherches de M. Rayer, que dans la néphrite chronique telle que nous la comprenons ici, les urines ne sont presque jamais purulentes; l'état trouble qu'elles présentent souvent dépend de la grande quantité de phosphates qui y sont suspendus. La néphrite chronique a une durée longue et toujours indéterminée; elle offre souvent des exacerbations.

Diagnostic. — Une douleur plus ou moins vive au niveau des reins, la diminution de la sécrétion urinaire, l'état alcalin ou neutre de l'urine, ou tout au moins une diminution dans l'acidité de ce liquide, sont, avec la fièvre, les frissons d'invasion et les troubles des organes digestifs, les seuls signes qui puissent indiquer une inflammation aiguë de la substance des reins. L'existence de l'inflammation chronique sera surtout déterminée par l'existence d'une urine alcaline. Quoique l'alcalinité de ce liquide se rencontre dans quelques circonstances, et notamment chez les sujets affaiblis par l'abstinence; cependant il résulte des recherches de M. Rayer qu'une urine alcaline, décolorée, rendue trouble par le dépôt des phosphates au moment de son émission, est, dans la plupart des cas, l'indice d'une inflammation chronique des reins. Nous verrons bientôt en quoi la néphrite simple diffère de la néphrite albumineuse et de la pyélite. Je renvoie également aux articles *Coliques néphrétique et hépatique*, *Lumbago*, *Péritonite*, pour connaître en quoi ces affections diffèrent de la néphrite.

Pronostic. — La néphrite simple survenant chez un sujet bien portant est communément une affection peu grave, et dont l'issue est presque toujours favorable; mais il n'en est plus de même dans les cas où les deux reins sont simultanément atteints, surtout lorsque la phlegmasie survient consécutivement à quelque grave altération des voies urinaires.

Étiologie. — La néphrite, rare dans l'enfance, plus commune chez les adultes, et surtout chez les vieillards, affecte un plus grand nombre d'hommes que de femmes. Il est douteux que le rein gauche soit plus sujet à s'enflammer que le droit. Elle peut être tout-à-fait spontanée; mais le plus souvent elle succède à une violence extérieure (plaie, contusion), ou bien elle est produite par d'autres causes qui agissent mécaniquement, tels sont les calculs dans les calices ou le bassinet, ou bien une accumulation insolite d'urine dans ces parties, par suite de quelque obstacle à

son écoulement situé sur un des points des voies urinaires. L'administration et même l'abus des diurétiques est une cause fort rare de néphrite; il en est de même des refroidissements. Nul doute que la néphrite ne survienne quelquefois dans le cours des autres maladies aiguës ou chroniques; mais si on excepte les maladies des voies urinaires qui peuvent avoir une influence directe dans sa production et l'infection purulente du sang, nous ne voyons aucune autre maladie qui prédispose manifestement à la néphrite. Nous croyons surtout, contradictoirement à M. Rayer, que la néphrite est très rare dans le cours de la fièvre typhoïde et du rhumatisme articulaire. Quant aux souffrances rénales qu'on observe chez quelques goutteux, il n'est pas encore démontré qu'elles dépendent, ordinairement du moins, d'une inflammation, soit aiguë, soit chronique, du tissu des reins.

Traitement. — A la néphrite aiguë il faut opposer un traitement antiphlogistique dont l'énergie sera proportionnée à l'intensité de la phlegmasie : ainsi on pratiquera une ou plusieurs saignées générales et locales; on couvrira les lombes de cataplasmes émollients; on plongera les malades dans un bain tiède prolongé; on donnera des boissons douces, mucilagineuses, et on opérera une légère révulsion sur le tube digestif à l'aide de purgatifs doux. Si les accidents typhoïdes étaient un obstacle absolu à l'administration des antiphlogistiques, si la prostration était grande, il n'y aurait d'autre indication qu'à soutenir les forces par l'emploi des toniques et des cordiaux. Mais presque toujours ces moyens sont impuissants pour prévenir une terminaison funeste.

Lorsque la maladie a passé à l'état chronique, il peut être utile de recourir à une émission sanguine locale, si aucun traitement n'a encore été employé; mais il faut alors insister spécialement sur la médication révulsive : ainsi des vésicatoires, et mieux encore un ou plusieurs cautères ou moxas, seront placés sur la région lombaire. Si la constitution est affaiblie, on tâchera de la fortifier par les amers, par les martiaux, par une nourriture analeptique. A l'aide de ces moyens, on fera cesser bien plus sûrement l'alcalinité de l'urine, et on préviendra plus sûrement la précipitation des phosphates qu'on ne le ferait par l'usage des acides végétaux et minéraux, qu'on a conseillés en pareil cas, et dont l'utilité est contestable. En même temps le corps sera couvert de flanelle de la tête aux pieds, et on placera les malades dans les meilleures conditions hygiéniques; enfin, on veillera à ce que l'urine séjourne le moins possible dans ses réservoirs. Si, par exemple, un rétrécissement de l'urètre ou l'hypertrophie de la prostate s'opposaient à son excrétion, on devrait pratiquer fréquemment le cathétérisme. Lorsque des accidents aigus surviennent, il faut les combattre par une application de ventouses, et suspendre momentanément la médication tonique.

DE LA PYÉLITE.

Sous le titre de *pyélite* (πύελος, *pelvis*), M. Rayer a décrit l'inflammation aiguë et chronique du bassinet et des calices. On en distingue deux espèces principales, qui sont : 1° la pyélite, produite par la présence d'un corps étranger (calculs, vers, acéphalocystes, etc.) ; 2° celle qui survient sans le concours de cette cause. Mais celle-ci est tellement rare qu'on pourrait presque décrire la pyélite comme une forme de néphrite, qu'on nommerait *calculeuse*, maladie sur laquelle M. Chomel a publié, il y a quelques années, un travail important (*Archives de* 1837).

Caractères anatomiques. — Dans la pyélite aiguë, on trouve la membrane muqueuse des calices et des bassinets injectée, rouge, épaissie, friable, ramollie, ulcérée ou tapissée de productions pseudo-membraneuses. Le tissu cellulaire subjacent est quelquefois rempli de sérosité, et de plus, les bassinets et les calices, plus ou moins élargis, contiennent de l'urine, ordinairement mêlée à une certaine quantité de sang ou de mucus purulent ; on y trouve aussi le plus souvent du sable, des graviers ou des calculs.

Dans la pyélite chronique, la membrane muqueuse est d'un blanc mat ou ardoisée ; sa surface est parfois hérissée de petites vésicules semblables à des sudamina ; elle offre un épaississement qui parfois est assez considérable pour oblitérer les calices ; enfin, on la trouve quelquefois ulcérée, plus rarement gangrenée. La maladie étant presque toujours symptomatique de la présence de graviers ou de calculs, on rencontre ces corps étrangers accumulés en plus ou moins grand nombre dans le bassinet, le calice, et même les uretères. Presque toujours, par suite de leur volume et de l'obstacle qu'ils apportent à l'écoulement de l'urine, les calices et le bassinet se dilatent ; puis, par la pression constante que l'urine et le pus accumulés exercent de dedans en dehors, la substance rénale finit par participer à l'inflammation ; d'autres fois, elle y reste étrangère, mais elle s'atrophie. Dans ces deux cas, le rein finit par être transformé en une vaste poche multiloculaire pleine de pus, d'eau, de graviers, de calculs. Chacune des loges est formée par l'ampliation des calices, qui rarement communiquent directement entre eux, mais seulement à l'aide du bassinet, énormément distendu. Ces graves altérations peuvent cependant exister dans le rein, bien qu'on ne rencontre aucun calcul dans cet organe ; mais le corps étranger, cause première de toutes les lésions qu'on observe, se trouve souvent alors dans la vessie, et la dilatation considérable que l'uretère correspondant a subie est une preuve certaine que la concrétion lithique y a séjourné plus ou moins longtemps. Le rein ainsi altéré a contracté des adhérences avec les parties voisines ; sa cavité peut communiquer avec le tissu cellulaire am-

biant et avec le colon, à gauche avec la plèvre et le poumon, et à droite avec des abcès développés dans le foie. Dans la plupart des pyélites chroniques graves, l'une des substances rénales, et souvent les deux à la fois, sont enflammées, suppurées (*pyelo-néphrite*); car l'inflammation, primitivement bornée au bassinet et aux calices, a une grande tendance à se propager à la substance des reins, tandis que le contraire n'a presque jamais lieu (Rayer). Enfin, dans des cas où le rein, n'ayant pas subi une grande distension, est revenu sur lui-même, et lorsque les individus se sont rétablis, on trouve cet organe transformé en une poche cellulo-fibreuse, logeant un calcul; les vaisseaux sont en outre oblitérés, c'est-à-dire que l'individu a vécu alors avec un seul rein. M. Chomel a cité dans son Mémoire un fait de ce genre, qui est sans contredit un des plus curieux qu'on connaisse.

Symptômes. — La pyélite, reconnaissant presque toujours pour cause la présence d'un calcul et son déplacement, on s'expliquera pourquoi, contrairement à la plupart des autres phlegmasies, on observe si rarement des prodromes. Le début de l'affection est, en effet, presque toujours brusque, et marqué par cette réunion de symptômes que nous décrirons dans le tome suivant comme caractérisant les accès de coliques néphrétiques. Toutefois, ces accidents n'appartiennent pas précisément à un travail inflammatoire, puisqu'il suffit que le corps étranger soit expulsé ou déplacé pour les voir disparaître presque instantanément. Mais pour peu qu'ils se prolongent, on voit bientôt des signes d'inflammation survenir. En général alors, la douleur diminue d'intensité; les malades n'accusent plus qu'un sentiment de pesanteur; mais quelquefois la douleur se réveille, elle devient plus vive, tantôt spontanément, le plus souvent après les mouvements, les secousses de la toux ou la pression qu'on exerce sur le rein malade. L'urine est très variable: souvent, en effet, elle ne diffère pas de l'urine normale; d'autres fois, elle est sanguinolente, chargée de mucus, qui se dépose à sa surface par le refroidissement; presque toujours elle est acide, à moins que les reins ne contiennent des calculs phosphatiques; dans ce cas, elles sont troubles et alcalines au moment de l'émission. En même temps, divers phénomènes sympathiques ont lieu, surtout du côté des organes digestifs et circulatoires: ainsi les malades ont perdu l'appétit; la plupart ont des nausées, des vomissements bilieux, de la constipation, une certaine accélération du pouls, une chaleur fébrile et du malaise.

Marche, terminaisons. — Dans cet état, si le corps étranger se déplace ou est expulsé, la phlegmasie peut se terminer par résolution; d'autres fois le malaise persiste; bientôt il s'y joint aussi quelques frissons irréguliers; la région rénale est le siége de douleurs pulsatives et d'un engourdissement qui se prolonge parfois vers le membre correspondant. Quelques malades éprouvent alors des hématuries abondantes;

chez la plupart, les urines sont troubles, lactescentes et contiennent une plus ou moins grande quantité de pus. Après avoir rendu pendant quelque temps des urines purulentes mêlées souvent à des graviers, beaucoup de malades se rétablissent; mais il est rare que les mêmes accidents ne se reproduisent pas au bout d'un temps plus ou moins long; enfin, après plusieurs de ces espèces de rechutes, les malades dépérissent et succombent.

Les accidents suivent, en général, une marche continue et progressivement croissante. Lorsque toute communication a cessé entre le rein et la vessie, le premier de ces organes peut être distendu par le pus, et former une tumeur bosselée, fluctuante, qu'on sent dans le flanc; elle déforme et élargit la région lombaire correspondante, et vient parfois former saillie jusque dans la fosse iliaque et supérieurement vers l'hypochondre. On dit avoir, en pareil cas, senti plusieurs fois dans la tumeur un frémissement particulier produit par la collision des calculs. Quoi qu'il en soit, beaucoup de ces malades épuisés par les souffrances et la fièvre hectique qui les minent, succombent sans que leur urine ait jamais été purulente; mais, chez la plupart, du pus est excrété avec ce liquide. L'écoulement du pus dans la vessie peut être continuel ou bien intermittent, probablement en raison de quelque obstacle; dans ce dernier cas, l'urine rendue à différentes époques de la journée a des qualités différentes. Quand le pus est excrété en grande quantité à la fois, on observe communément un affaissement considérable de la tumeur, qui reparaît lorsque ce liquide s'est reproduit de nouveau. Nous avons vu que ces abcès pouvaient aussi se faire jour dans le colon, le duodénum, l'estomac : dans les deux premiers cas, le pus s'échappe par les selles; dans le second, il est rejeté par le vomissement. Plus rarement il perfore le diaphragme et le poumon gauche, et est expulsé au-dehors suivant le même mécanisme que les vomiques. L'abcès peut s'ouvrir encore dans le péritoine ou le tissu cellulaire qui entoure le rein : dans le premier cas, on observe des accidents de péritonite suraiguë et mortelle en peu d'heures; dans le second, il y a souvent les signes d'une phlegmasie diffuse dans la région lombaire, le flanc et l'hypogastre. Enfin, le pus peut se frayer une route à travers les parois abdominales elles-même, et quelquefois fusant au loin, il va former de véritables abcès par congestion au voisinage des anneaux inguinal et crural. Quelquefois l'abcès s'ouvre successivement dans plusieurs des points que je viens d'indiquer, et alors on voit le pus s'échapper simultanément par les deux voies, ou bien cette excrétion se fait alternativement par l'une et par l'autre. Quel que soit d'ailleurs le mode d'évacuation que la nature ait choisi, toutes les fois que le pus s'échappe au-dehors, les malades sont momentanément soulagés; mais ils ne tardent pas à succomber dans le dernier degré de marasme (phthisie rénale), à moins que quelque complication

ne vienne hâter le terme fatal. Il est peut-être sans exemple que l'abcès rénal qui a produit les désordres dont nous avons parlé ait jamais guéri; il n'en est plus de même lorsque l'abcès a été assez peu considérable pour ne pas former de tumeur appréciable. Mais chez les individus qui se rétablissent complétement après avoir rendu du pus pendant longtemps, il ne faut pas supposer qu'il y a eu guérison complète, et que le rein, revenu à son état physiologique, a dû par conséquent reprendre ses fonctions; car, dans ce cas, l'organe malade s'est atrophié, et s'est converti en une coque fibreuse ou fibro-cartilagineuse qui s'applique exactement sur un calcul. La sécrétion urinaire se fait alors uniquement par le rein opposé, qui, souvent, augmente de volume en raison de son surcroît d'action. On conçoit que si, dans ces cas de rein unique, un calcul subitement engagé dans l'uretère venait à suspendre pendant quelques jours la sécrétion urinaire, la mort arriverait nécessairement au milieu d'accidents typhoïdes et cérébraux.

Diagnostic.— La pyélite calculeuse diffère de la néphrite simple, et se distingue de toutes les autres affections par la violence de la douleur rénale, la gravité des symptômes généraux et sympathiques au début, par la diminution ou la suspension de la sécrétion de l'urine. Celle-ci, lorsqu'elle est excrétée, est presque toujours très acide, mêlée d'abord à du sang, à du mucus; plus tard, elle contient du pus. La présence du pus dans l'urine n'indique pas nécessairement une phlegmasie rénale, car elle peut en contenir dans le cours des cystites aiguës et chroniques, ou bien encore lorsqu'un abcès extra-péritonéal se fait jour dans les voies urinaires. Mais indépendamment du siége différent de la douleur dans la pyélo-néphrite et la cystite, on reconnaît que, dans celle-ci, l'urine est presque toujours glaireuse et visqueuse, tandis que, dans l'inflammation simple des calices et du bassinet, il y a dysurie avec dépôt de pus véritable. Lorsque le rein distendu par le pus forme saillie dans le flanc et les lombes, on reconnaîtra la nature de la tumeur par la douleur rénale et la présence du pus et du sang dans l'urine. Si l'abcès s'ouvre dans le colon, dans l'estomac ou le poumon, on précisera le siége primitif du mal par les accidents graves que les malades ont ressentis du côté d'un des reins, par l'odeur urineuse que le liquide exhale souvent, ainsi que par son mélange avec des calculs uriques. Dans ces cas, d'ailleurs, l'abcès communiquant assez largement avec l'uretère et la vessie, des gaz s'échapperont par l'urètre mêlés à l'urine et au pus. Enfin, l'abcès n'ayant souvent aucune communication avec l'extérieur, mais ayant acquis un volume considérable, pourrait être confondu avec des tumeurs formées par les organes voisins, et notamment avec des tumeurs de la rate, du foie, de l'aorte, des ovaires, ou encore avec des tumeurs stercorales, etc. Mais indépendamment des troubles spéciaux dans la sécrétion et l'excrétion de l'urine, indépendamment aussi des al-

térations de ce liquide qui ont précédé et qui le plus souvent accompagnent encore les tumeurs rénales et manquent tout-à-fait dans celles qui sont formées par d'autres organes, nous verrons, en parlant de ces dernières, qu'il est possible, par une exploration attentive, et surtout à l'aide de la palpation et de la percussion et du mode de développement de la tumeur, d'arriver presque toujours à poser un diagnostic précis. Enfin, pour compléter, il nous resterait à exposer comment on parviendra à distinguer les abcès des reins des autres tumeurs de cet organe. Mais pour éviter des redites, nous traiterons ce sujet en parlant des hydronéphroses et des productions cancéreuse et tuberculeuse des reins.

Pronostic. — La pyélite caractérisée est une affection toujours grave, car elle se termine souvent par suppuration. Le danger est grand lorsqu'un abcès s'est formé dans le rein ; car bien que quelquefois la guérison s'opère, comme celle-ci entraîne souvent l'atrophie de l'organe, les individus ne vivent plus qu'avec un rein, et si par malheur il venait alors à être enflammé par une cause quelconque, ou si un calcul obstruait momentanément son uretère, la mort en serait la conséquence inévitable. Le pronostic est surtout extrêmement fâcheux lorsque le rein forme une tumeur considérable, et alors quel que soit le point du corps que l'abcès choisisse pour se vider au-dehors, la mort est presque certaine. Une des terminaisons les plus fâcheuses est celle dans laquelle l'abcès se vide par le tube intestinal ; car si le rein, n'étant pas complétement détruit, secrète encore de l'urine, ce liquide, en étant versé continuellement dans l'intestin, détermine une inflammation ulcéreuse de cet organe, ce qui devient une nouvelle cause de marasme et accélère le terme fatal.

Etiologie. — La pyélite est très rarement spontanée ; mais dans la presque totalité des cas elle reconnaît pour cause la présence de graviers ou de calculs, qui agissent tantôt directement sur les parois par leur nombre ou leur volume, ou bien encore parce qu'un de ces corps, surtout s'il est hérissé d'aspérités, s'engage dans des conduits trop étroits. Dans tous ces cas la pyélite est souvent partielle ; mais si le calcul engagé dans le goulot du bassinet ou dans l'uretère oblitère complétement ces conduits, la pyélite survient alors par suite de la distension que le calice et le bassinet éprouvent consécutivement à l'accumulation de l'urine. On conçoit que toutes les causes qui sur toute la longueur des voies urinaires s'opposeront à la libre excrétion de l'urine, comme les rétrécissements de l'urètre, la paralysie de la vessie, l'hypertrophie de la prostate, les tumeurs comprimant les uretères, etc., seront tout autant de causes très actives d'inflammation de la membrane interne des reins. Enfin dans les cas où des calculs existent dans ces organes, toutes les causes capables de les déplacer ou de les agiter fortement, comme les secousses du tronc, surtout pendant l'équitation ou dans une voiture mal suspendue, sont des causes efficientes de la néphrite calculeuse.

Traitement de la néphrite calculeuse. — Quand les accidents sont dans toute leur acuité, il faut leur opposer le traitement antiphlogistique ordinaire, et insister en même temps sur l'emploi de l'opium pour calmer les douleurs atroces qui marquent la première période. On le donnera par la bouche et en lavement jusqu'à effet sédatif; on commencera par 5 ou 10 centigr., suivant la violence des douleurs; on prescrira une nouvelle dose de 5 centigr. et plus, tous les trois quarts d'heure. Nous avons plusieurs fois donné jusqu'à 60 centigr. en trois ou quatre heures sans produire d'effet narcotique. Si dans toute espèce d'inflammation rénale il est rationnel de s'abstenir des diurétiques et de toutes boissons prises en abondance, afin de ne pas trop faire fonctionner l'organe malade, ce précepte doit surtout être suivi dans cette forme de la néphrite qui s'accompagne si souvent de l'occlusion d'un des uretères. Si on est assez heureux pour enrayer les accidents, et si les malades se rétablissent, qu'ils aient ou non expulsé le calcul, on devra les soumettre au régime le plus propre à empêcher la formation de nouveaux corps étrangers ou l'accroissement de ceux qui existent. C'est dans ce but qu'on prescrit un régime végétal, l'usage de boissons abondantes, et surtout l'emploi de quelques eaux minérales, telles que celles de Vichy, de Balaruc ou de Contrexeville qui agissent par leurs propriétés chimiques et diurétiques. Ce traitement convient encore lorsque la présence du pus dans l'urine indique une suppuration des reins; il faudra en outre dans ces cas si graves établir une forte révulsion en appliquant plusieurs cautères au niveau du rein altéré. Enfin lorsque le rein, augmenté de volume et distendu par le pus, tend à se faire jour à travers les téguments, il faut hâter ce mode de terminaison : ainsi quand l'abcès est assez superficiel, on pratiquera hardiment une large incision pour donner issue à la fois au pus et aux graviers.

DE LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE.

Synonymie. — Maladie de Bright; dégénérescence granulée, albuminurie.

La néphrite albumineuse est surtout caractérisée pendant la vie par deux phénomènes, qui sont : la présence d'une notable quantité d'albumine dans les urines, et le développement d'épanchements séreux dans le tissu cellulaire et les membranes séreuses.

Historique. — Cette maladie, qui peut exister à l'état aigu ou à l'état chronique, est une découverte toute récente; et c'est à tort que quelques personnes, donnant une interprétation forcée à certains passages d'ouvrages anciens, ont prétendu faire remonter jusqu'à Hippocrate la connaissance de cette affection. A une époque plus rapprochée de nous, Cotugno et Cruickshank, et au commencement de ce siècle, Nysten, et surtout les Anglais Blackall et Wells, avaient signalé la présence

d'urines albumineuses dans le cours d'un grand nombre d'hydropisies ; mais ce fut Richard Bright qui, dès l'année 1827, démontra les rapports qui existaient entre ces hydropisies, la composition de l'urine, et une altération particulière des reins. Cette découverte est, sans contredit, l'une des plus remarquables de la science contemporaine; elle a excité l'émulation d'un grand nombre d'observateurs et donné lieu à des recherches importantes qui ont confirmé la plupart des résultats obtenus par le célèbre médecin de Londres. Nous devons mentionner parmi ces nombreux travaux ceux de Christison et de Gregory, à Édimbourg; en France, les recherches de MM. Martin Solon et Becquerel ; et celles surtout de M. Rayer, qui, avant la publication de son important ouvrage, avait inspiré à plusieurs de ses élèves les plus distingués, MM. Tissot, Desir, Monassot, Sabatier, des travaux d'un grand intérêt.

Caractères anatomiques. — Chez les sujets qui succombent à l'affection dont nous traitons, on trouve dans les reins diverses altérations. Le docteur Bright a essayé de les rattacher à trois formes, tandis que M. Rayer porte leur nombre jusqu'à six ; mais il nous a paru, comme à M. Martin Solon, qu'on pouvait les rattacher à trois degrés ou variétés. Dans le premier degré, les reins sont plus volumineux, et leur poids s'est souvent élevé alors au double ou même au triple ; leur consistance est ferme, mais sans dureté; leur surface est d'un rouge vif et piquetée d'une multitude de petits points d'un rouge plus intense que le reste, et qui dépendraient, d'après M. Rayer, de l'injection des glandules de Malpighi. Si on incise le rein de son bord convexe vers la scissure, on constate une tuméfaction, une augmentation d'épaisseur de la substance corticale qui est injectée, et qui présente les mêmes points rouges que nous avons notés déjà ; la substance tubuleuse comprimée est d'un rouge plus obscur, et ses stries sont moins visibles ; enfin, à la face interne des calices et des bassinets, on remarque des arborisations fines. Cependant il est rare qu'on trouve ce premier degré, car dans les cas même où la maladie a une marche extrêmement aiguë, on constate des altérations plus avancées. Dans le deuxième degré, en effet, il y a, comme précédemment, l'augmentation de volume et l'injection du tissu ; mais celle-ci, au lieu d'être générale et uniforme, est mélangée à une coloration d'un jaune pâle de la substance corticale, manifeste à la surface comme à l'intérieur, et qui tranche fortement sur la teinte d'un rouge brun assez vif que la substance tubuleuse conserve. Au troisième degré, le volume et le poids des reins sont toujours plus considérables ; mais la substance corticale, devenue tout-à-fait anémique, offre une coloration d'un jaune pâle uniforme, tandis que la tubuleuse reste encore d'un rouge assez vif; mais elle est comprimée et comme refoulée vers la scissure par l'augmentation d'épaisseur de la substance corticale, surtout dans ses prolongements entre les cônes tu-

buleux. Ces altérations se retrouvent dans le quatrième degré ; mais ce dernier est caractérisé par une lésion que Bright a décrite avec soin sous le nom de *texture granulée des reins*. Dans cet état, la surface extérieure des reins, d'un jaune pâle, est parsemée et parfois presque couverte de petites taches d'un blanc laiteux ou un peu jaunâtres, du volume de la tête d'une très petite épingle, ressemblant à des grumeaux de petit-lait, ou bien à des grains de semoule, et existant à la surface des reins aussi bien que dans l'épaisseur de la substance corticale, mais souvent très inégalement dans ces deux points. Ces corps, improprement nommés *granulations*, paraissent être produits par une matière albumineuse exhalée dans l'interstice des tissus. La profondeur inégale à laquelle ils sont situés explique leurs nuances différentes : celles de la surface, voilées par une couche très mince, semblent être recouvertes d'un vernis. Enfin, dans le cinquième et dernier degré se trouvent réunies des altérations diverses : ainsi les reins peuvent être plus volumineux ou plus petits ; leur surface est souvent inégale et mamelonnée ; leur tissu est souvent induré ; enfin, leur substance corticale est jaune et décolorée d'une manière générale ou partielle. Les lésions précédentes, caractérisant les diverses formes de la maladie de Bright, n'affectent jamais un seul rein, mais on les observe toujours dans les deux organes à la fois ; quelquefois elles y existent à des degrés inégaux. Chez les malades qui sont emportés par la maladie de Bright, on observe, indépendamment des hydropisies du tissu cellulaire et des membranes séreuses, un plus ou moins grand nombre de lésions consécutives dans un ou plusieurs viscères importants. Ce sont, d'après leur ordre de fréquence, le ramollissement de la muqueuse du gros et du petit intestin, la pneumonie, la pleurésie, et la méningite.

Symptômes. — La maladie de Bright peut débuter avec l'appareil symptomatique des maladies aiguës. On observe quelquefois alors un frisson initial. Les malades ont une fièvre plus ou moins vive, presque tous accusent une douleur sourde ou un simple malaise dans la région des reins. L'urine sécrétée en moins grande quantité est rougeâtre ou d'un brun foncé, à cause de son mélange avec une certaine proportion de sang. Par le repos, on la voit déposer des filaments rougeâtres qui ne sont autres que la fibrine du sang. En général, au bout de peu de jours, l'urine cesse d'être sanguinolente, elle prend alors une teinte citrine, ou bien elle devient pâle, semblable à du vin blanc. Elle est transparente, elle a une odeur faible, elle se décompose moins vite, elle est neutre ou faiblement acide, et contient parfois une matière grasse ; sa densité est moindre en raison de la diminution de l'urée et des sels. Cependant, dans la forme aiguë, il n'est pas rare que l'urine n'ait éprouvé aucun changement notable dans la proportion de ses éléments naturels, tandis qu'elle est à peu près constamment altérée dans la forme chronique. Mais

le changement le plus remarquable de l'urine consiste dans la présence, dans ce liquide, d'une grande quantité d'albumine, ce qui la rend plus mousseuse que de coutume. On décèle ce produit en versant dans un verre contenant de l'urine, une petite quantité d'acide nitrique, ou une solution de sublimé, de noix de galle, d'alun ou mieux encore en soumettant le liquide à l'ébullition. Dans tous ces cas, on voit se former un coagulum blanc plus ou moins abondant et floconneux, qui gagne rapidement le fond du vase. En même temps qu'on constate cette altération remarquable de l'urine, on voit survenir un œdème tantôt borné à la face, qui est pâle, et tantôt envahissant simultanément plusieurs autres parties. Enfin l'infiltration séreuse peut gagner même très rapidement toute la périphérie du corps, la sérosité peut s'épancher aussi dans les principales cavités séreuses, et spécialement dans le péritoine et les plèvres. (Voir *Anasarque.*) L'infiltration de la maladie de Bright est remarquable en ce que la peau, au lieu d'être molle et de céder à la moindre pression comme dans la plupart des œdèmes, est au contraire rénitente, et ne se déprime que lorsqu'on la presse fortement; cette pression est souvent un peu douloureuse; enfin le creux que l'on produit disparaît promptement. Si on saigne les malades, le sang se recouvre d'une couenne plus ou moins épaisse; quant au sérum, on le trouve parfois blanchâtre, laiteux; sa quantité est augmentée, et sa pesanteur spécifique est d'autant moindre que l'urine contient davantage d'albumine, et que la maladie remonte déjà à une époque plus éloignée; il paraît qu'on y a plusieurs fois constaté la présence de l'urée. Ce corps a été également retrouvé dans la sérosité épanchée dans le péritoine.

Marche, durée, terminaison de la forme aiguë. — La maladie de Bright, dans sa forme aiguë comme dans sa forme chronique que nous allons étudier, a rarement une marche uniforme : c'est ainsi que l'œdème peut être plus ou moins marqué; il peut diminuer, cesser et reparaître du jour au lendemain dans une même partie, sans qu'on puisse rien en conclure sur le plus ou moins de gravité de la maladie. La fièvre peut également diminuer, s'éteindre, puis se ranimer; et dans ces espèces de paroxysmes, on voit souvent l'urine, de décolorée qu'elle était, redevenir sanguinolente. D'ailleurs, de tous les symptômes, l'état albumineux de l'urine est celui qui présente le moins d'irrégularités. Lorsque la maladie a une heureuse terminaison, l'urine devient plus abondante; elle contient moins d'albumine, tandis que la proportion de l'urée et des sels augmente; la fièvre cesse, l'anasarque diminue, des sueurs copieuses surviennent, enfin une convalescence régulière s'établit. Dans ces cas, la maladie dure rarement moins de deux septénaires, elle se prolonge souvent jusqu'à la fin du quatrième. La mort est une terminaison au moins aussi fréquente; celle-ci est presque toujours produite, comme nous le dirons bientôt, par quelque

grave complication, survenue surtout du côté de la poitrine ou du ventre. Enfin, presque toujours, les symptômes aigus de réaction venant à cesser, la maladie semble passer à l'état chronique.

Symptômes de la forme chronique. — La forme chronique de la maladie de Bright peut donc être consécutive à la forme aiguë, mais le plus souvent elle est primitive. Dans ce dernier cas, et avant qu'on constate aucun trouble appréciable dans les principales fonctions de l'économie, on trouve déjà une altération notable de la sécrétion urinaire; cependant il est quelques malades qui maigrissent, pâlissent et perdent leurs forces dès le début. Mais l'altération des reins ne tarde pas à produire bientôt l'hydropisie. Celle-ci peut suivre de très près l'altération de l'urine; mais quelquefois il y a entre elles un intervalle de plusieurs semaines, ou même de plusieurs mois. L'hydropisie est toujours bornée d'abord à une partie du corps, comme la face, à un ou plusieurs membres, aux parois de la poitrine ou du ventre. Dans l'espace de quelques jours, cet œdème offre de grandes variations dans son siége, son étendue et son intensité; il est beaucoup moins résistant que dans la forme aiguë; mais il offre rarement la mollesse des œdèmes passifs produits par un embarras dans la circulation. La peau qui recouvre les parties infiltrées offre une couleur d'un blanc mat très remarquable. Enfin, peu à peu l'œdème s'étend à toute la périphérie du corps, et des épanchements se forment, en outre, dans le péritoine, et un peu moins souvent dans la plèvre et le péricarde. C'est dans la forme chronique de la maladie de Bright qu'on observe au plus haut degré les altérations dans la composition de l'urine et du sang que nous avons précédemment énumérées. Dans les cas simples, il n'y a pas de fièvre, et l'appétit est plus ou moins conservé. Mais pour peu que la maladie se prolonge, il survient une diarrhée plus ou moins abondante, sans coliques, et qui n'amène aucune diminution dans l'anasarque.

Marche et terminaisons. — La marche de la maladie dans sa forme chronique est extrêmement inégale, irrégulière. Sa durée est impossible à préciser, et, comme le dit M. Rayer avec beaucoup de raison, elle échappe à tout calcul. Chez beaucoup de malades, l'état s'améliore assez pour qu'ils puissent reprendre leurs travaux; quelquefois même l'œdème cesse tout-à-fait, mais les urines continuent à être albumineuses, ou, si elles cessent d'être coagulables par la chaleur, elles restent décolorées, et conservent la teinte jaune clair du vin de Chablis: aussi au bout d'un temps plus ou moins long une recrudescence a lieu. Les cas de guérison complète, radicale, sont extraordinairement rares. La mort est la terminaison presque constante de la maladie; elle survient presque toujours par l'épuisement que la diarrhée produit, ou bien par les érysipèles gangreneux qui se développent aux extrémités inférieures ou sur le tronc, par suite de la distension excessive de la peau. Ou bien

encore les malades succombent à une pneumonie, à une pleurésie ou à une péricardite intercurrentes; plus rarement ils sont emportés par une méningite ou des accidents apoplectiques déterminés par une suffusion séreuse métastatique du cerveau.

Diagnostic. — Une urine albumineuse coïncidant avec le développement rapide d'une anasarque doit faire diagnostiquer l'un des deux premiers degrés de la maladie de Bright; car dans aucune autre affection aiguë on ne trouve réunis ces deux caractères importants. Ceci s'applique également à la forme chronique, mais d'une manière un peu moins absolue peut-être, car il n'est pas rare de trouver de l'albumine dans l'urine des individus atteints de maladies organiques du cœur ou des gros vaisseaux, quoique les reins ne soient alors le siége que d'une de ces congestions passives qu'on retrouve dans la plupart des autres viscères. Mais, dans ces cas, la présence de l'albumine est un phénomène très passager, et qui disparaît le plus souvent d'un jour à l'autre; d'ailleurs les troubles circulatoires, la marche de l'hydropisie qui a envahi le corps de bas en haut permettra de rapporter à sa véritable cause les infiltrations et les épanchements séreux. Ajoutons en outre que, dans les cas dont je parle, l'urine est peu altérée dans sa composition; elle conserve, en effet, sa coloration, la proportion de ses sels, et par conséquent sa densité. Il faut encore savoir que toutes les fois que l'urine contient du pus, comme dans la pyélite, dans certains catarrhes vésicaux, dans le cancer des reins et de la vessie, on peut encore déceler dans le liquide la présence d'une petite proportion d'albumine; mais l'existence du pus et les symptômes concomitants feront qu'on ne croira pas alors à l'existence d'une maladie de Bright. Ainsi donc on voit que l'urine albumineuse peut se rencontrer dans le cours d'un grand nombre d'états morbides; mais l'albumine n'existe jamais en aussi grande proportion que dans la maladie de Bright. Ajoutons aussi que dans cette dernière, il faut non seulement avoir égard à l'existence de l'albumine, mais encore aux autres altérations du liquide, comme sa pâleur, la diminution de l'urée, de ses sels et de sa densité, modifications qu'on ne retrouve guère, du moins réunies, que dans la maladie qui fait le sujet de cet article : aussi, lorsqu'on vient à les constater d'une manière continue chez un individu qui ne présente encore aucun autre signe d'une maladie de Bright, on n'en doit pas moins annoncer l'existence de cette affection, et on peut prédire que si aucune maladie intercurrente ne vient terminer la vie des individus, ceux-ci présenteront tôt ou tard une hydropisie générale. L'hydropisie à elle seule est loin d'avoir la valeur diagnostique que nous attribuons à l'urine albumineuse; cependant ce symptôme a des caractères et suit une marche qui le distinguent de la plupart des autres espèces d'hydropisie. C'est ainsi que les parties infiltrées résistent davantage à la pression, et la peau qui les recouvre a

une couleur d'un blanc mat, qui offre quelque chose de spécial à cette maladie. Presque toujours l'infiltration commence par la face ou par un point plus ou moins circonscrit, et présente, dans un court espace de temps, beaucoup d'irrégularités; c'est ainsi qu'on la voit en quelques jours paraître et disparaître, et occuper de nouvelles parties. Lors donc que l'anasarque apparaîtra avec les caractères précédents, lorsque l'infiltration aura suivi la marche que je décris ici, on pourra annoncer *presque à coup sûr* que l'hydropisie est symptomatique d'une des altérations des reins, que nous avons décrites, et je crois qu'en portant ce jugement, on ne se trompera peut-être pas une fois sur mille.

D'ailleurs, presque toujours c'est l'hydropisie qui nous donne l'éveil sur l'existence d'une maladie de Bright; mais nous avons vu que dans quelques cas fort rares ce symptôme manque, et la mort survient avant qu'il se soit manifesté. L'affection est alors *latente*, et elle passe presque toujours inaperçue; car on ne songe pas à examiner les urines; les seuls troubles apparents consistent dans une diminution de l'embonpoint et des forces. C'est dans ces conditions qu'on voit ces individus être pris tout-à-coup de symptômes cérébraux ou d'affections aiguës de poitrine auxquelles ils succombent rapidement, et à l'autopsie on trouve l'altération caractéristique des reins qui explique tous les accidents observés pendant la vie. Ces faits ne sont pas rares; nous en avons nous-même observé plusieurs, et ils doivent porter le médecin, lorsqu'il recherche la cause organique qui entretient un état de malaise et de dépérissement, à interroger la sécrétion urinaire comme toutes les autres fonctions.

Pronostic. — La maladie de Bright est une affection toujours grave; celle qui survient d'une manière aiguë, surtout lorsqu'elle succède à la scarlatine, est une des moins fâcheuses. La diminution de l'œdème ne peut seule faire porter un pronostic favorable. Pour établir ce dernier, il importe encore que l'albumine diminue et cesse complétement; et même dans ces cas on ne devra pas être sans inquiétude sur une récidive plus ou moins prochaine. Lorsque la maladie a été primitivement chronique, le pronostic est plus fâcheux que précédemment, car il est alors excessivement rare que la maladie se termine favorablement. La diminution de la sécrétion urinaire et de l'urée est un signe fâcheux. Le peu d'abondance de l'albumine ne doit pas inspirer de sécurité; car il n'est pas rare que les malades succombent, quoique le coagulum albumineux soit peu abondant, et souvent aux approches de la mort on voit diminuer à la fois l'hydropisie et l'albumine des urines. Une constitution détériorée ou bien l'existence de tubercules, de scrofules, d'un cancer, etc., rendent l'affection des reins une maladie incurable. Un dévoiement abondant est également un signe très fâcheux; mais les maladies intercurrentes qui rendent le péril le plus prochain, et qui

entraînent toujours une terminaison funeste, sont les affections cérébrales, les pneumonies, les pleurésies, la péricardite, et l'érysipèle gangréneux.

Étiologie. — La maladie est très commune à Paris; on l'y rencontre beaucoup plus fréquemment que le diabète; elle atteint plus souvent les hommes que les femmes. Rare avant dix ans et après soixante, elle a son maximum de fréquence entre trente et quarante ans (Becquerel), et paraît plus commune dans l'hiver et l'automne. L'habitation dans des lieux bas et humides, l'exposition habituelle ou accidentelle à l'humidité, le refroidissement du corps, ont été regardés, surtout par M. Rayer, comme la cause la plus fréquente de la maladie, du moins en France. M. Becquerel dit aussi que l'on constate un refroidissement antérieur dans un cinquième des cas à peu près. Toutefois on ne possède encore à ce sujet que des données très incertaines; le même doute doit être émis relativement à l'influence qu'on attribue, surtout en Angleterre, aux excès alcooliques et vénériens, aux travaux pénibles, aux émotions morales, à une alimentation insuffisante. La maladie de Bright peut compliquer la plupart des maladies chroniques; mais aucune d'elles ne me paraît exercer une influence bien certaine sur sa production. Je crois donc que tout ce qu'on a dit du rôle que jouent la phthisie pulmonaire, les maladies du cœur, du foie, la syphilis constitutionnelle, est au moins fort exagéré. Parmi les maladies aiguës, il n'y a que les fièvres éruptives, et la scarlatine en particulier, à la période de desquamation, qui produisent fréquemment une des altérations des reins caractérisant la maladie de Bright.

Traitement. — Dans la forme aiguë, lorsque la réaction fébrile est forte et le sujet bien constitué, on devra opposer un traitement antiphlogistique : ainsi les malades seront saignés une ou deux fois, rarement davantage; des sangsues, ou mieux encore des ventouses scarifiées, seront appliquées aux lombes; ces parties seront recouvertes de cataplasmes; on donnera des boissons douces; on excitera les fonctions de la peau par un bain chaud ou un bain de vapeur, et on entretiendra la liberté du ventre à l'aide de purgatifs salins. Lorsque la maladie passe à l'état chronique, ou lorsqu'elle revêt cette forme primitivement, le traitement est extrêmement difficile et presque toujours inefficace. Les antiphlogistiques sont inapplicables, car lorsque le pouls et la conservation des forces semblent les autoriser, leur emploi néanmoins est presque toujours suivi d'une augmentation de l'œdème. Nous avons aussi vainement administré les diurétiques, tels que le nitre, la scille, la digitale à doses élevées, les tisanes de raifort, de pariétaire, etc., sans augmenter le plus souvent la quantité des urines et sans jamais en modifier la composition. Nous avons également essayé de changer l'état des reins par des médicaments agissant sur l'absorption et la nutrition, comme les

alcalins, et surtout le mercure, et nous n'en avons obtenu aucun bon résultat. Les préparations mercurielles, en faisant naître la salivation, ont aussi augmenté les angoisses des malades. Chez d'autres, nous avons essayé de fortifier la constitution par les ferrugineux et une bonne nourriture, sans que nos efforts aient été mieux récompensés. Enfin nous avons encore tenté l'emploi répété des bains de vapeur concurremment avec l'emploi à l'intérieur de la poudre de Dower, et ces moyens seuls ont produit dans un cas une amélioration rapide, mais n'ont point guéri complétement. Enfin les purgatifs, que nous avons donnés fréquemment, surtout pour combattre l'hydropisie, n'ont jamais produit les bons effets que nous en espérions, et presque toujours nous avons été forcé d'en suspendre l'emploi, à cause du dévoiement, qui s'était peut-être établi avec plus d'intensité en raison de l'usage de ces remèdes. Pour terminer la longue liste des médicaments inutilement employés jusqu'ici contre la maladie de Bright, nous citerons l'iode, les cantharides, la térébenthine, etc. Le bon remède est encore à trouver; mais en attendant, il faut s'abstenir de donner des médicaments irritants qui déterminent trop souvent l'explosion d'une diarrhée interminable.

Les complications exigeront quelques moyens spéciaux; mais si on en excepte la diarrhée, qu'on calme souvent par les opiacés, la plupart des autres complications, et notamment les phlegmasies viscérales, les accidents cérébraux et les érysipèles, résistent à tous les moyens rationnels.

Nature. — M. Rayer regarde la maladie de Bright comme étant de nature inflammatoire; il en fait une forme spéciale de néphrite, et il la distingue des autres sous les noms de *néphrite albumineuse*. Nous adoptons complétement ici l'opinion de l'habile observateur que je viens de nommer, et nous invoquerons avec lui, comme preuves, l'injection du tissu des reins, l'augmentation de volume, et parfois la diminution légère de consistance qu'on observe dans les deux premières périodes de la maladie, ainsi que l'infiltration du tissu par une matière albumineuse qu'on ne retrouve d'ailleurs que dans quelques cas. Cependant, tout inflammatoire qu'elle est, la maladie de Bright diffère par plusieurs caractères des autres phlegmasies rénales : ainsi elle affecte toujours les deux reins, et elle ne se termine jamais par suppuration. Mais il ne faudrait pas faire de ce dernier caractère un argument pour contester la nature inflammatoire de la maladie, attendu que nous verrons maintes inflammations de la peau ne produire jamais de suppuration, quoique personne ne conteste leur nature inflammatoire. La maladie de Bright doit donc être rangée dans le genre des phlegmasies spécifiques, et qui ont pour effet d'opérer dans le tissu du rein une transformation spéciale du tissu. D'après cela, nous croyons inutile de discuter ici l'opinion de ceux qui regardent la maladie comme ayant pour point de départ une altération du sang; tout porte à penser, au contraire, que l'altéra-

tion de ce liquide est consécutive à celle des reins, qui, pervertis dan leurs fonctions en raison des lésions graves dont ils sont le siége, séparent l'albumine du sérum, et y laissent l'urée, qu'ils devraient éliminer. Cette altération consécutive du sang rend compte à son tour des hydropisies qui se produisent, et cela en vertu de cette loi de physiologie qui veut que nos liquides, en devenant mòins denses, passent plus aisément à travers nos tissus : telle est, en effet, la sérosité du sang lorsqu'elle aété dépouillée d'une portion de son albumine.

DE LA CYSTITE AIGUE ET CHRONIQUE.

Quelques auteurs, à l'exemple de Sœmmering, n'ont compris sous la dénomination de *cystite* que l'inflammation profonde de la vessie, c'est-à-dire celle qui envahit tout à la fois au moins deux des tuniques de l'organe; réservant le nom de *catarrhe vésical* à l'inflammation qui est bornée à la membrane muqueuse. Mais une pareille distinction n'est point fondée, et il importe pour la pratique de comprendre sous le nom de cystite toutes les inflammations de la vessie, quels que soient leur siége et leur étendue; tandis qu'il faut réserver le nom de catarrhe vésical à un état morbide particulier, mais non inflammatoire, pouvant avoir son point de départ dans une inflammation antérieure, mais pouvant aussi se développer sans son concours, et caractérisé par une exagération et une perversion de la sécrétion muqueuse de la membrane interne de la vessie. Celle-ci constitue donc une affection spéciale distincte de la cystite, comme la bronchorrhée l'est de la bronchite, la gastrorrhée de la gastrite. (Voir plus bas la classe des *flux.*)

La cystite doit être distinguée, d'après ses causes, en *idiopathique* et en *symptomatique;* d'après sa marche, en *aiguë* et en *chronique;* enfin, d'après son siége, en *superficielle* bornée à la muqueuse, et en *profonde* ou *phlegmoneuse*, envahissant au moins deux des tuniques; enfin elle peut *occuper l'organe dans toute son étendue*, ou être bornée seulement à un petit espace. Parmi les cystites partielles, il importe surtout de distinguer celle du col.

Caractères anatomiques. — Dans la cystite aiguë, la capacité de l'organe est quelquefois diminuée; plus souvent elle est augmentée, ou elle conserve ses dimensions normales. La membrane muqueuse, d'un rouge plus ou moins vif, est injectée par taches, par plaques ou par pointillé fin. Elle est comme boursouflée, épaissie, plus ou moins friable ou ramollie; quelquefois on trouve parsemées à sa surface des concrétions pseudo-membraneuses, grisâtres ou blanchâtres, très adhérentes, et autour desquelles la muqueuse gonflée forme une espèce de bourrelet, ce qui pourrait faire croire à l'existence d'une ulcération; mais il suffit de la plus légère attention pour éviter cette méprise.

D'ailleurs, en exerçant quelques tractions sur la fausse membrane à l'aide d'une pince, on la sépare, et on trouve au-dessous d'elle la muqueuse plus ou moins injectée et violacée, mais jamais ulcérée. Des ulcérations peuvent néanmoins être la suite de la cystite aiguë; on les remarque surtout dans les cas où la phlegmasie a été déterminée par la présence d'un ou plusieurs calculs, ou par le séjour prolongé d'une sonde. Ces ulcérations existent le plus souvent en petit nombre; elles n'intéressent ordinairement que la muqueuse; quelquefois elles envahissent les tuniques subjacentes; elles peuvent même perforer tout-à-fait la vessie, qui communique alors soit avec le rectum ou le vagin, soit avec le péritoine ou le tissu cellulaire du bassin, suivant les points où cette lésion survient. Lorsque l'inflammation envahit les tissus subjacents, les parois sont épaissies, indurées, du pus est infiltré dans le tissu cellulaire et entre les plans charnus de la tunique musculeuse, qui sont devenus plus manifestes. Le pus peut même être réuni en un ou plusieurs foyers isolés, et qui communiquent avec une suppuration étendue de l'excavation pelvienne. Enfin on a observé des plaques gangréneuses; mais rarement elles sont l'effet de l'inflammation simple; presque toujours elles ont lieu dans les points qui ont supporté une violente pression, telle que celle que produisent un calcul, une sonde à demeure ou la tête du fœtus pendant l'accouchement.

Dans la cystite chronique, presque toujours on observe une diminution considérable dans la capacité de l'organe; la membrane muqueuse, offrant un mélange de coloration rouge, noire, violacée, ardoisée, est épaissie, indurée; plus souvent elle est friable, fongueuse, ulcérée, parcourue par des vaisseaux variqueux. Les parois, épaissies surtout en raison de l'hypertrophie du tissu cellulaire et de la tunique musculaire, ont souvent plus de 3 ou 4 centimètres d'épaisseur; on peut les trouver, comme à l'état aigu, infiltrées de pus, ou le siége d'un ou plusieurs abcès, ou bien enfin perforées. La cystite aiguë ou chronique coexiste le plus souvent avec diverses altérations des autres organes génito-urinaires, notamment des reins, qui, de même que la vessie, contiennent souvent des calculs; de l'urètre, qui est parfois rétréci; de la prostate enfin, qui est souvent hypertrophiée, et parfois même ramollie et suppurée.

Symptômes. — La cystite débute presque toujours sans prodromes et par des symptômes locaux. Ainsi tous les malades accusent une douleur vive à l'hypogastre, que la pression et les mouvements exaspèrent; cette région est tendue, et souvent la vessie y forme une saillie considérable. Les malades éprouvent des besoins fréquents d'uriner, et excrètent, après des efforts très douloureux, quelques cuillerées et souvent même quelques gouttes seulement d'une urine rouge, brûlante, trouble et parfois sanguinolente. La plupart accusent également une sorte de *ténesme vésical*, c'est-à-dire quils éprouvent un besoin vio-

lent de rendre l'urine, et font des efforts considérables qui restent sans effet. Beaucoup d'entre eux ressentent un prurit incommode dans le méat urinaire; presque tous ont de la fièvre, une soif vive, de l'inappétence, des nausées, des vomissements, de la constipation, un état de malaise et d'anxiété extrêmes. Cependant la gravité plus ou moins grande des symptômes généraux et locaux ou la prédominance de quelques uns d'entre eux est surtout déterminée par le siége spécial de la phlegmasie. Ainsi la douleur hypogastrique est surtout vive quand l'inflammation (chose rare d'ailleurs) occupe la partie supérieure de l'organe; alors l'urine ne s'accumule point dans la vessie, et en est expulsée à des intervalles très rapprochés. Au contraire, un sentiment de pesanteur ou un prurit incommode au périnée, la rétention d'urine, l'ischurie, le ténesme vésical, se remarquent dans la cystite du col. Dans ce cas le cathétérisme est rendu souvent impossible par le gonflement ou l'état spasmodique de la portion prostatique de l'urètre; et lorsqu'on parvient à introduire l'instrument, il produit une douleur tellement atroce en arrivant dans la vessie, qu'on est obligé quelquefois de le retirer avant même d'avoir évacué l'urine. Le toucher par le rectum, et souvent même la simple introduction d'une canule de seringue, excite des douleurs très vives; la défecation ou la simple émission de gaz en réveille de pareilles. Ces excrétions peuvent être empêchées lorsque l'inflammation a gagné toute la paroi recto-vésicale; dans ce cas, la constipation et le météorisme du ventre sont une nouvelle cause de souffrance et d'anxiété. Enfin, dans l'inflammation du bas-fond de la vessie, on a vu plusieurs fois les tissus épaissis, boursouflés, produire l'oblitération complète de l'orifice vésical de l'un des uretères ou de ces deux conduits ensemble; l'urine alors, ne pouvant plus arriver dans la vessie, s'accumule dans les uretères, les bassinets et les calices. Bientôt la sécrétion ne pouvant plus avoir lieu, la fièvre redouble, un délire survient, les malades tombent dans la prostration; toutes leurs excrétions, et notamment leurs selles et leurs sueurs, exhalent une odeur urineuse, et ils succombent bientôt avec l'ensemble des symptômes qui caractérisent la fièvre dite *urineuse*. Ces mêmes accidents surviennent encore, mais beaucoup plus lentement, toutes les fois que l'urine accumulée dans la vessie cesse de pouvoir être excrétée.

Marche, terminaisons. — Après s'être accrus pendant quelques jours on voit communément les accidents diminuer; les besoins d'uriner sont moins fréquents, la miction est plus facile, moins douloureuse, les urines ne sont plus sanguinolentes, enfin la fièvre et les autres troubles sympathiques diminuent ou cessent. On dit alors que la cystite s'est terminée par résolution. La terminaison par suppuration est beaucoup plus rare : tantôt alors le pus est seulement exhalé à la surface de la muqueuse ou bien formé dans l'épaisseur des parois, l'abcès se vide dans

la vessie. Dans l'un et l'autre cas, les urines sont lactescentes, et on y démontre facilement la présence des globules de pus; mais quelquefois, ainsi que Chopart l'a vu, l'abcès interstitiel se fait jour dans le tissu cellulaire du petit bassin, qui s'enflamme et suppure à son tour; la mort est alors presque inévitable. La terminaison par gangrène est excessivement rare; on la reconnaît quelquefois à la fétidité caractéristique de l'urine et à la gravité des symptômes généraux. On observe surtout cette terminaison dans les cas de rétention prolongée de l'urine. Dans ces cas, une rupture se fait ordinairement au niveau de l'escarre; dans quelques autres, la vessie se déchire sans gangrène préalable et par la simple distension des parois, qui sont alors plus ou moins ramollies. Cette rupture a lieu presque toujours à la paroi supérieure, qui est la partie la plus mince et la moins soutenue. Suivant le point où la déchirure s'opère, l'urine s'épanche dans le péritoine et produit une péritonite sur-aiguë, ou bien elle s'infiltre dans le tissu celluleux du bassin, qui est mortifié; dans l'un et l'autre cas, les malades succombent promptement. Des accidents semblables surviennent lorsque la perforation de la vessie s'établit par les progrès d'une ulcération; si celle-ci intéresse les parois recto-vésicales ou vésico-vaginales, l'urine s'écoulera par le rectum ou le vagin.

Enfin beaucoup de cystites passent à l'état chronique. La chronicité peut d'ailleurs être primitive; c'est ce qui a surtout lieu dans les cas où la cystite est symptomatique de la présence d'un calcul. Les malades accusent alors une douleur permanente, quelquefois vive, à l'hypogastre ou au périnée; ils sont tourmentés par des envies fréquentes d'uriner, par de la dysurie; les urines qu'ils rendent sont troubles, purulentes, floconneuses, muqueuses, filantes et glaireuses; il y a un état de malaise habituel, parfois de la fièvre; les digestions sont pénibles, et la nutrition languit. Les accidents, surtout les symptômes locaux, s'aggravent après le coït et surtout après l'ingestion de boissons stimulantes ou l'impression du froid, etc. Après avoir ainsi présenté un plus ou moins grand nombre de recrudescences, et après une durée indéterminée, quelques cystites se terminent par résolution; chez d'autres malades, tous les signes d'inflammation cessent, seulement la sécrétion de la membrane muqueuse continue à être pervertie; la cystite s'est alors transformée en catarrhe. La cystite chronique peut entraîner la mort par épuisement ou en provoquant quelques complications, surtout du côté du péritoine et des reins.

Diagnostic.—En traitant de la péritonite, de l'excavation pelvienne et de la métrite, nous verrons en quoi ces phlegmasies diffèrent de la cystite. Ce sont à peu près les seules maladies qui offrent quelques points de contact avec l'inflammation de la vessie. Il est à peu près impossible de diagnostiquer les ulcères vésicaux; les douleurs vives, un pus visqueux, tenace, fétide, strié de sang, qu'on a donné comme des signes

assez positifs des ulcérations de la vessie, ne sauraient les caractériser, mais ils en rendent l'existence assez probable. La cystite reconnue, il faut en rechercher la cause et surtout déterminer si elle est idiopathique ou si elle est symptomatique de la présence d'un calcul. Le cathétérisme peut seul éclairer le médecin.

Pronostic. — On a vu que la cystite était une affection généralement grave; elle l'est surtout lorsqu'elle occupe le col et l'orifice des uretères.

Etiologie. — La cystite idiopathique est une affection excessivement rare, surtout à l'état chronique; elle affecte surtout les adultes, et elle est plus commune chez les hommes; elle est presque toujours produite par des causes directes telles qu'une plaie pénétrante, une contusion à l'hypogastre, une chute sur les reins ou le périnée, le cathétérisme ou le séjour des sondes, un accouchement pénible, la rétention de l'urine, l'action des cantharides, et plus souvent encore la propagation à la vessie d'une phlegmasie urétrale.

Traitement. — A la cystite aiguë on opposera un traitement antiphlogistique plus ou moins énergique. Les saignées générales ne sont utiles que dans les cas d'une réaction fébrile forte : presque toujours les saignées locales suffisent. Les sangsues sont appliquées communément à l'hypogastre; mais on les mettra de préférence au périnée lorsque le col vésical est surtout affecté. C'est à tort qu'on a prétendu que les sangsues mises dans cette dernière région augmentaient la fluxion sanguine. Ce résultat ne peut avoir lieu lorsqu'on met un nombre de sangsues suffisant (au moins vingt-cinq), et qu'on favorise l'écoulement des piqûres. L'hypogastre et le périnée seront recouverts de cataplasmes émollients; les malades seront plongés dans des bains tièdes et boiront une boisson mucilagineuse. La liberté du ventre sera entretenue par des lavements ou quelques laxatif doux. Il faut en général s'abstenir de nitrer les tisanes, ou de les donner en trop grande abondance, surtout lorsqu'il y a rétention d'urine, et même dans les cas où l'excrétion de ce liquide se fait après des efforts très douloureux. Lorsque la vessie, distendue par l'urine, fait saillie au-dessus du pubis, il faut pratiquer le cathétérisme, quelque douloureux qu'il soit. Si on arrivait très difficilement dans la vessie et si cet organe supportait sans beaucoup de souffrance la présence de l'instrument, on pourrait le laisser quelque temps à demeure; dans le cas contraire, on le retirerait aussitôt, sauf ensuite à le réintroduire s'il y avait nécessité. Les moyens de traitement varient peu dans les différentes espèces de cystites. Cependant, dans les cas où la maladie est produite par l'action des cantharides, tout le monde est d'accord d'administrer le camphre en lavements, en frictions et en pilules, seul ou combiné à l'opium pour modérer les douleurs et l'excitation extrême des organes génitaux. Lorsque la cystite est symptomatique de la présence

d'un corps étranger qui exige une opération (lithotomie ou lithotritie), il faudra, avant de la pratiquer, modérer le travail inflammatoire.

Dans la cystite chronique on aura encore recours à une ou plusieurs applications de sangsues, surtout si les douleurs sont vives; on insistera également sur les bains et les émollients. On favorisera la transpiration cutanée par l'usage de la flanelle et des bains de vapeur; on établira une révulsion à l'hypogastre, en faisant sur cette partie des frictions avec une pommade stibiée ou en la recouvrant d'un vésicatoire. On a cherché également à modifier directement l'état des surfaces malades en injectant dans la vessie de l'eau pure ou mucilagineuse; dans ce cas on se servira de l'instrument imaginé par M. J. Cloquet (*sonde à double courant*). Lorsque la phlegmasie est modérée, on a conseillé les injections de calomel, d'eau de goudron, d'eau sulfureuse et même de nitrate d'argent. Nous avons vu ce dernier moyen guérir en quelques jours des cystites chroniques qui résistaient depuis plusieurs années à tous les traitements. Pour cautériser la vessie, on commence par la vider de l'urine qu'elle contient, puis on injecte quelques onces d'une solution concentrée de nitrate d'argent, ou bien, à l'aide de la sonde imaginée par M. Lallemand, on porte le caustique en poudre dans la vessie. Ce moyen est un des plus efficaces; il n'est point ou à peine douloureux, n'excite aucun accident, si ce n'est parfois quelques douleurs un peu vives le jour de l'opération; mais elles cèdent communément à l'administration d'un ou de deux bains. Il est quelquefois nécessaire de recourir à une nouvelle cautérisation; mais il faut laisser entre les deux opérations un intervalle d'au moins quinze ou vingt jours. On a encore conseillé dans la cystite chronique l'usage à l'intérieur des résineux, de quelques eaux minérales, d'un régime spécial; mais comme ces moyens conviennent surtout au catarrhe vésical, nous en parlerons en traitant de cette dernière maladie.

Enfin il est des cystites chroniques qui, en raison des désordres graves qui les ont produites ou de la présence d'un calcul trop volumineux ou enchatonné, sont au-dessus des ressources de l'art. Il faut alors se borner à calmer les souffrances souvent atroces des malades et l'état spasmodique de la vessie par l'emploi de suppositoires narcotiques ou de lavements opiacés.

INFLAMMATION DES ORGANES GÉNITAUX.

Les organes génitaux, dans les deux sexes, sont fréquemment atteints de phlegmasie. Nous ne comptons, dans ce chapitre, appeler l'attention du lecteur que sur les inflammations qui affectent l'utérus et deux de ses annexes, l'ovaire et les ligaments larges. Nous omettrons à dessein de

décrire la phlegmasie du vagin, et celle de l'urètre; du prépuce et du gland chez l'homme, attendu que nous comptons nous en occuper longuement plus tard quand nous traiterons de l'infection vénérienne. Il ne faudrait pas néanmoins conclure de ceci que toutes les inflammations de l'urètre chez l'homme, du vagin chez la femme, dépendent constamment de l'action d'une matière virulente; mais cette cause, si elle n'est pas précisément la seule, est du moins la plus commune; et comme, quelle que soit l'origine du mal, on n'observe que des nuances dans les symptômes, mais nulle différence très tranchée, il convient, pour éviter des redites, de renvoyer l'étude des inflammations des organes externes de la génération dans les deux sexes, à l'époque où nous traiterons des accidens syphilitiques primitifs.

DE LA MÉTRITE.

On désigne sous le nom de *métrite* l'inflammation du tissu utérin. La plupart des auteurs en ont distingué deux espèces, suivant que l'inflammation occupe le parenchyme de l'organe ou qu'elle est bornée à la membrane interne. La première constitue la métrite proprement dite, aussi nommée *profonde*, *phlegmoneuse* ou *parenchimateuse;* la seconde est généralement désignée sous les noms de *flueurs blanches*, de *catarrhe utérin* ou de *métrite catarrhale*, en raison de l'écoulement muqueux ou mucoso-purulent qui a lieu par les organes génitaux. Nous verrons par la suite que les écoulements blancs de l'utérus sont un symptôme fréquent d'une foule d'altérations de l'organe; mais il en est d'autres qui sont essentiels, c'est-à-dire qui, ne se liant à aucune altération matérielle, sont uniquement constitués par un vice de sécrétion de la membrane interne : nous en traiterons à l'article *Leucorrhée*. La métrite est distinguée en *aiguë* et en *chronique :* la première se divise elle-même en métrite simple et en métrite puerpérale; la seconde offre aussi deux formes principales, dont nous traiterons en particulier, et qui sont : la métrite avec *induration* et la métrite *ulcéreuse granulée*.

DE LA MÉTRITE AIGUE.

Il ne sera question ici que de la métrite simple, la forme puerpérale devant être traitée à l'occasion de la péritonite consécutive aux couches, et avec laquelle elle coexiste presque toujours.

Caractères anatomiques. — Dans les cas rares où on a pu examiner l'état de l'utérus atteint d'inflammation simple, on a trouvé l'organe augmenté de volume partiellement ou dans toute son étendue; le tissu, d'un rouge plus ou moins foncé, est plus consistant, mais friable, ou bien il est ramolli et se laisse déchirer ou pénétrer par le doigt. Si du pus a été

produit, il est infiltré dans les parois, qui sont souvent blanchâtres ou grisâtres, ou ont une teinte feuille morte. Plus rarement on a trouvé le pus réuni en plusieurs foyers isolés, libres ou enkystés. Enfin, plus rarement encore le produit morbide est renfermé dans la cavité utérine, qui est tapissée elle-même par une fausse membrane. En la détachant, on trouve la surface interne de l'organe rouge, injectée, friable. La même altération peut exister dans une des trompes ou dans les deux : celles-ci ont alors acquis un volume beaucoup plus considérable. Enfin la membrane péritonéale participe souvent à la phlegmasie.

Symptômes. — La métrite peut débuter sans prodromes et ne se caractériser que par quelques signes locaux, lorsqu'elle n'occupe qu'un point assez circonscrit. C'est ainsi que, lorsque l'inflammation est bornée au col, les malades accusent de la douleur, de la chaleur et des élancements au fond du vagin; les rapports sexuels sont extrêmement douloureux; si on pratique le toucher, on reconnaît que le col est chaud, gonflé, sensible à la plus légère pression, et plus ou moins dur. Mais si l'inflammation envahit le corps de l'organe dans la totalité ou dans la plus grande partie de son étendue, on observe un ensemble de symptômes généraux et locaux plus graves. C'est ainsi qu'un frisson violent marque communément le début de la maladie; l'hypogastre est le siége de douleurs vives et lancinantes, s'exaspérant par la pression, par les secousses de la toux, les inspirations profondes, et généralement par la plupart des mouvements du corps. Les malades ne peuvent le plus souvent tenir le tronc dans la rectitude normale, et sont presque toujours obligés de se courber fortement en avant. La plupart éprouvent également un sentiment de pesanteur à l'anus ou même un véritable ténesme; l'excrétion de l'urine est souvent douloureuse et difficile; il y a aussi presque toujours des tiraillements ou des élancements aux aines, à la partie interne et supérieure des cuisses ainsi que dans la région sacrée. Ces divers accidents s'expliquent par le volume plus considérable de l'organe qui comprime le rectum, la vessie, les nerfs sacrés, et qui, devenu plus lourd, tiraille les ligaments qui se fixent au bassin. Lorsque la douleur hypogastrique n'est pas très vive, on peut, en déprimant suffisamment la paroi abdominale antérieure, sentir souvent que le fond de l'utérus est au niveau du pubis ou même qu'il le dépasse de quelques centimètres. L'introduction du doigt dans le rectum fait également constater une augmentation de volume de l'organe, tant dans son diamètre antéro-postérieur ou transverse que dans son diamètre vertical. En pressant sur la paroi recto-vaginale et souvent par la seule introduction du doigt on excite des douleurs vives. Par le toucher on trouve, en outre, que le col est sain ou qu'il participe à la maladie du corps. L'utérus est presque toujours un peu plus abaissé ou plus oblique; d'autres fois il a subi un léger mouvement de rétroversion et surtout d'anté-

version ; si on essaie de le refouler vers le bassin, il paraît plus lourd ; mais cette manœuvre excite toujours de vives douleurs. En général, on trouve que l'organe est peu mobile, et il semble même quelquefois être véritablement encloué : il est alors impossible de lui imprimer aucune espèce de mouvement. Il n'est pas rare que dans cet état il n'existe aucun écoulement vaginal ; d'autres fois un liquide jaunâtre, verdâtre, blanchâtre, sanguinolent, s'échappe en plus ou moins grande abondance. La plupart des autres fonctions sont plus ou moins troublées, perverties : ainsi les malades ont de l'inappétence et de la soif ; beaucoup ont des nausées ou même des vomissements aqueux ou bilieux ; leur ventre est un peu tendu, météorisé ; les selles sont rares ou nulles. La fièvre est forte ; la figure exprime l'anxiété ; il y a une céphalalgie vive et parfois un peu de délire. Cependant la métrite simple s'accompagne rarement de cet ensemble de symptômes graves, à moins pourtant qu'elle ne se complique de phlébite ou d'une *péritonite très étendue*. Ces deux circonstances sont d'ailleurs fort rares.

Durée, terminaisons. — La métrite a presque toujours une heureuse issue, et la résolution est son mode de terminaison le plus ordinaire ; on l'observe presque constamment entre le premier et le second septénaire. La terminaison par suppuration est extrêmement rare, et il est difficile de la diagnostiquer en raison du très petit volume des abcès. On a pourtant cité des cas où des collections purulentes très volumineuses, formées dans l'épaisseur de l'utérus, se seraient fait jour dans sa cavité, dans celle du rectum ou à travers les parois abdominales. Mais ces faits, qui nous paraissent plutôt appartenir à des abcès des ovaires ou des ligaments larges, nous semblent être presque aussi suspects que ceux relatifs à des métrites aiguës qu'on aurait vues se terminer par la gangrène et par l'élimination de l'organe entier. Cependant il paraît qu'on a plusieurs fois rencontré des gangrènes partielles du col ; enfin très fréquemment la métrite passe à l'état chronique.

La métrite peut entraîner après elle divers accidents. Ainsi l'oblitération des trompes ou des adhérences insolites de leur extrémité libre peuvent amener une stérilité incurable ; comme des adhérences établies entre l'utérus et les parois du bassin peuvent être une cause d'avortement en s'opposant au développement régulier de l'organe (Boivin). Enfin la métrite qui atteint la femme grosse a pour résultat presque constant la mort du fœtus et son expulsion prématurée : on a même vu dans ces cas l'utérus enflammé se ramollir et se rompre, ce qui détermine le passage du fœtus dans le péritoine et par suite une péritonite très rapidement mortelle.

Diagnostic. — La péritonite, l'ovarite, la vaginite et la cystite sont les seules maladies aiguës qu'on puisse confondre avec la métrite. Nous parlerons plus tard du diagnostic différentiel des trois premières ; quant

à la cystite, elle sera aisément distinguée de l'inflammation de la matrice par le siége superficiel de la douleur hypogastrique, par les besoins fréquents d'uriner, par les souffrances et l'anxiété qui précèdent et accompagnent chaque excrétion, par l'absence des douleurs inguinales et sacrées, et par les résultats négatifs que fournit le toucher vaginal et rectal. Il est à peine utile de dire qu'on ne pourra prendre pour une métrite les accidents, quelquefois violents, qui marquent l'établissement ou le retour des règles chez quelques femmes, ainsi que les douleurs d'avortement dans les cas de grossesse.

Pronostic. — La métrite simple est une maladie qui compromet rarement l'existence : aussi son pronostic est peu grave, excepté pourtant lorsque la phlegmasie envahit tout l'organe, lorsqu'elle se propage au péritoine ou aux veines, lorsqu'elle atteint l'utérus pendant la gestation. Enfin nous avons vu que la métrite, tout en guérissant, pouvait entraîner après elle de graves inconvénients, comme la stérilité ou la tendance aux avortements.

Etiologie. — La métrite est une affection excessivement rare chez les filles non encore menstruées, comme chez les vieilles femmes qui ont cessé de l'être. Elle est non moins rare chez les femmes grosses, et lorsqu'elle survient alors, presque toujours elle succède à quelque cause traumatique, et surtout à des manœuvres criminelles pour provoquer l'avortement. A l'état de vacuité, la métrite peut être tout-à-fait spontanée; mais souvent elle succède à quelque cause déterminante appréciable, comme une opération sanglante, des fatigues dans la marche, une chute sur les fesses, l'abus des plaisirs vénériens, des chocs trop violents portés sur le col utérin, la suppression brusque des règles, la présence d'un pessaire dans le vagin, l'impression subite du froid, ou l'abus d'injections trop fortement astringentes dans le but de supprimer une hémorrhagie, enfin l'extension à l'utérus d'une phlegmasie du vagin.

Traitement. — On oppose à la métrite aiguë le traitement antiphlogistique ordinaire, c'est à-dire une ou plusieurs saignées générales, et surtout des sangsues, appliquées en plus ou moins grand nombre à l'hypogastre, aux aines, à l'anus; des ventouses sur les régions lombaires et sacrées. M. Duparcque préconise aussi les sangsues appliquées directement sur le col utérin lui-même. Cependant il n'est pas encore prouvé que cette médication ait l'avantage que quelques personnes lui ont attribué. L'hypogastre sera recouvert de larges cataplasmes émollients; des injections émollientes seront faites dans le vagin, et les malades seront maintenues pendant une ou plusieurs heures dans un bain tiède. Aux moyens précédents, on joindra la diète, l'usage de boissons douces, de lavements émollients ou de quelques laxatifs doux, enfin la position horizontale sur un lit dont les matelas seront en crin.

Cette médication sera continuée pendant toute la durée de l'état aigu ; on y joindra l'usage des mercuriaux, surtout en frictions, pour peu que la maladie soit intense, ou bien à l'époque où les accidents inflammatoires ayant diminué, il reste encore un engorgement assez considérable.

DE LA MÉTRITE CHRONIQUE.

La métrite chronique peut être primitive, ou bien elle succède à la métrite aiguë. Plus fréquente que cette dernière, elle se présente sous deux formes anatomiques principales qui peuvent être réunies, mais qui le plus souvent existent isolément ; ce sont : 1° la métrite avec *engorgement et induration;* 2° la métrite *ulcéreuse.*

1° *Métrite chronique avec engorgement et induration du tissu.*

Caractères anatomiques. — Dans cette forme de la métrite, l'utérus est tuméfié, déformé en partie ou en totalité, suivant que la phlegmasie est limitée ou qu'elle occupe tout l'organe. Dans ce dernier cas, l'utérus peut acquérir, surtout dans son corps, un volume double ou triple de l'état normal. La partie engorgée est plus pesante et plus dure, sans offrir pourtant la pesanteur et la dureté du squirrhe; sa surface lisse, non bosselée, est grisâtre ou rougeâtre ; la même teinte se retrouve à la coupe du tissu, qui se laisse diviser assez facilement et sans crier sous l'instrument. On constate d'ailleurs que les parties malades n'ont subi aucune transformation organique, car on y reconnaît toujours la structure propre à l'utérus. Il semble pourtant que les tissus ont éprouvé une véritable hypertrophie ; les fibres en effet sont plus apparentes, et quelquefois on peut suivre la direction de quelques unes d'elles ; enfin une matière albumineuse est infiltrée dans leurs interstices, sans être très intimement combinée avec elles, puisque souvent on peut la séparer après une macération de quelques jours. Malgré l'augmentation de volume du corps utérin, la cavité du viscère n'est presque jamais agrandie, et souvent même sa capacité est diminuée. En raison de cette augmentation de volume, on conçoit que l'utérus doit avoir contracté des rapports nouveaux avec les organes abdominaux; presque toujours en effet il est déplacé, en état de prolapsus ou dévié de différentes sortes (*antéversion, rétroversion, inclinaisons*). Ces déplacements peuvent être primitifs; mais le plus souvent ils sont consécutifs à l'engorgement, et dépendent du poids insolite que l'utérus a acquis.

Symptômes. — Il est des engorgements chroniques de l'utérus qui, quoique assez étendus, restent tout-à-fait latents, c'est-à-dire qu'ils ne se révèlent par aucun trouble fonctionnel; cependant les faits de ce genre sont assez rares, et dans la presque totalité des cas l'induration de l'organe s'accompagne de symptômes locaux et généraux, en rap-

port avec l'étendue de l'altération. Ainsi la plupart des malades ressentent profondément dans l'hypogastre ou le bassin une douleur sourde, continue, qui s'exaspère par moments, et surtout après des fatigues ou aux époques menstruelles; elle augmente communément par la pression, et s'accompagne des mêmes tiraillements aux aines et à la partie supérieure et interne des cuisses, des mêmes douleurs lombaires et sacrées que nous avons déjà notées dans l'état aigu. C'est aussi surtout dans l'engorgement chronique que les malades accusent des pesanteurs vers le siége, des épreintes, des efforts pour aller à la selle, une constipation habituelle, des envies fréquentes d'uriner, de la cuisson pendant l'émission du liquide, accidents qui dépendent pour la plupart de la compression du rectum et de la vessie par l'organe malade. Souvent il n'existe aucun écoulement leucorrhéique; d'autres fois il se fait par les parties génitales un écoulement muqueux plus ou moins abondant, inodore ou d'une odeur fade. La menstruation est presque toujours dérangée dans la métrite chronique : tantôt elle est suspendue, d'autres fois diminuée ou irrégulière dans ses apparitions. Les souffrances qui sont produites par l'engorgement de l'utérus augmentent presque toujours par la station, et surtout par la marche; au contraire, la position horizontale calme ou même fait cesser complétement les douleurs. Celles-ci s'opposent le plus souvent au rapprochement sexuel. Mais les signes les plus positifs sont fournis par l'exploration directe de l'organe malade : ainsi, par l'introduction du doigt dans le vagin, on constate que le col est dur et augmenté de volume. Cependant l'engorgement véritablement inflammatoire et nullement squirrheux est rarement borné au col, et surtout à l'une des lèvres du museau de tanche; mais il s'étend presque toujours au corps lui-même. Dans ce cas, en élevant le doigt comme pour refouler le viscère vers le détroit supérieur, on constate qu'il est lourd, peu ou point mobile; et si, pendant que le doigt est dans le vagin, on applique la main opposée sur l'hypogastre, on apprécie le volume de l'utérus dans le sens vertical. Enfin si, pour compléter l'exploration, on pratique le toucher par le rectum, on constatera alors, mieux que par le toucher vaginal, l'augmentation de volume du corps utérin. L'emploi du spéculum n'est utile qu'autant que le col est lui-même engorgé; on peut alors, à l'aide de cet instrument, apercevoir la coloration rouge de cette partie, et apprécier par la vue sa direction et son volume. En somme, les résultats fournis par le spéculum sont beaucoup moins importants que ceux que les touchers vaginal et rectal donnent. Les différentes explorations dont nous venons de parler se font quelquefois sans souffrances; mais le plus souvent le toucher est plus ou moins douloureux, surtout quand on appuie sur certaines parties, ou bien lorsqu'on s'efforce de refouler l'utérus vers le ventre. Dans ces manœuvres, il n'est pas rare aussi qu'on détermine l'écoule-

ment d'une petite quantité de sang; mais ce phénomène est loin d'être aussi fréquent que dans la dégénérescence squirrheuse ou cancéreuse.

Dans l'engorgement chronique de l'utérus, la nutrition souffre peu; presque toutes les malades conservent assez d'embonpoint et de forces, et les digestions sont intactes; il y a très rarement de la fièvre. Cependant, chez beaucoup de femmes, on observe différents troubles sympathiques, surtout du côté des organes digestifs : ainsi, les digestions sont pénibles, accompagnées de dégagement de gaz, de gonflement du ventre; enfin, différents accidents nerveux hystériformes peuvent se montrer à des intervalles plus ou moins rapprochés.

En résumé, on voit que le plus souvent un engorgement même considérable de l'utérus n'occasionne d'autres troubles fonctionnels que ceux qui résultent du volume de l'organe et de la compression ou des tiraillements qu'il exerce sur les organes voisins.

Marche, durée, terminaisons. — C'est le propre de ces engorgements de rester longtemps stationnaires et d'avoir une durée très longue, car il est rare qu'ils cèdent avant deux ou trois mois, et le plus souvent leur résolution se fait attendre pendant une ou plusieurs années. On admet généralement que cet engorgement peut dégénérer en squirrhe et en cancer; cependant cette transformation, fort rare d'ailleurs, n'arrive que chez les femmes prédisposées. Si quelques personnes l'ont regardée comme étant très commune, c'est qu'elles ont confondu des engorgements primitivement squirrheux avec des engorgements inflammatoires. La terminaison par suppuration est fort rare; d'ailleurs les abcès qu'on observe dans le cours des engorgements chroniques de l'utérus se forment bien moins dans cet organe que dans ses annexes ou dans le tissu cellulaire du bassin, parties auxquelles la plegmasie se propage quelquefois.

Diagnostic. — Les douleurs lombaires et sacrées, les tiraillements dans les aines et les cuisses, les pesanteurs au périnée, indiquent presque toujours une souffrance de l'utérus; mais le toucher seul permet d'établir le diagnostic avec quelque certitude, en faisant connaître le siége et la nature de la lésion. L'engorgement du col ne pourra jamais être confondu avec aucune des nombreuses tumeurs qu'on rencontre dans le vagin. Celui qui occupe le corps, par la dureté, par la douleur que la pression développe et par les accidents qui l'accompagnent, ne pourra être pris pour une grossesse commençante, ni confondu avec un développement de l'utérus produit par une mole; car, dans tous ces cas, l'organe n'a pas la consistance qu'il acquiert lorsqu'il est chroniquement enflammé. On ne croira pas à l'existence d'un engorgement chronique dans les cas de production cartilagineuse dans le tissu utérin, car alors l'organe inégal est hérissé de tumeurs dures, solides, ayant un développement très lent. Mais la maladie avec laquelle la métrite

chronique, avec induration, offre la plus grande ressemblance, est sans contredit l'induration squirrheuse, et, dans un certain nombre de cas, il est vraiment impossible d'en établir le diagnostic différentiel. Cependant le plus souvent on distingue les deux maladies l'une de l'autre en considérant que le squirrhe est plus souvent limité au col, qu'il est généralement mieux circonscrit que l'induration inflammatoire; que la dureté de l'engorgement, le poids de la tumeur, sont aussi beaucoup plus considérables, et que la pression y développe moins de douleur. Enfin, les inégalités et les bosselures de la tumeur squirrheuse, sa couleur, d'un blanc mat, les hémorrhagies qui l'accompagnent seront tout autant de caractères qui la distingueront des engorgements simplement chroniques.

Pronostic. — L'engorgement chronique de l'utérus est une affection qui compromet rarement la vie; cependant son pronostic est assez grave, en raison surtout de la lenteur avec laquelle la guérison survient. Il est incontestable que dans quelques cas, rares d'ailleurs, l'engorgement inflammatoire peut dégénérer en squirrhe: aussi devra-t-on être très inquiet sur l'issue que pourra avoir un engorgement utérin affectant une femme vers l'âge critique, ou prédisposée par hérédité au cancer.

Etiologie. — Les engorgements chroniques de l'utérus, très rares après l'âge critique, à moins qu'ils ne soient squirrheux, plus rares encore avant la puberté, affectent spécialement les femmes dans la période de vingt-cinq à quarante ans. Souvent consécutifs à la métrite aiguë, on les voit plus ordinairement encore survenir lentement d'une manière insidieuse, et ne se révéler par des symptômes particuliers que lorsque déjà la maladie occupe une grande étendue. Cette affection se remarque surtout après les couches pénibles ou les avortements, surtout lorsqu'ils ont été provoqués par quelque manœuvre directe. La sodomie, l'abus du coït, sont des causes aussi actives de métrite chronique que de métrite aiguë; elles agissent surtout efficacement lorsque l'utérus est en état de prolapsus.

Traitement. — A moins de contre-indication, il convient de commencer par opposer aux indurations chroniques de l'utérus une médication antiphlogistique. Lorsque la femme est forte, on pratique une ou deux saignées générales, puis on aura recours à quelques émissions sanguines locales: ainsi des ventouses scarifiées seront mises aux lombes, aux régions hypogastrique et sacrée, ou bien on appliquera des sangsues aux aines, à la vulve ou à l'anus, en ayant soin d'en mettre chaque fois un assez grand nombre, et de favoriser l'écoulement du sang, afin de dégorger les tissus et d'empêcher l'effet congestif qu'aurait nécessairement une saignée locale insuffisante. Dans ces derniers temps, divers praticiens, et M. le docteur Duparcque entre autres, ont conseillé d'appliquer les sangsues sur le col utérin lui-même, préalablement mis à découvert à l'aide du spéculum. L'habile médecin que

je viens de citer paraît avoir obtenu très rapidement, par ce moyen, la résolution d'engorgements utérins fort considérables. Cependant nous avons été moins heureux que lui, et d'accord avec Dugès et madame Boivin, nous regardons l'application des sangsues sur le col utérin comme une pratique chanceuse, très désagréable, très fatigante pour la malade, plutôt encore que douloureuse. On ne devrait donc y avoir recours que lorsque les autres saignées locales ont échoué, et lorsqu'il y a encore indication à tirer du sang. En même temps, les malades prendront des bains généraux ou des bains de siége émollients ; elles feront, dans le vagin, des injections mucilagineuses et calmantes ; on a même conseillé d'introduire des cataplasmes dans le vagin, ou de soumettre le col à une macération prolongée. Mais ces moyens sont répugnants pour la femme, et leur efficacité est d'ailleurs très contestable. Il importe que les malades gardent un repos absolu dans la position horizontale. On entretiendra la liberté du ventre par des lavements ou des boissons légèrement laxatives. Enfin, sans soumettre les femmes à une diète sévère, on devra néanmoins ne leur permettre que l'usage d'une très petite quantité d'aliments, afin d'activer le plus possible l'absorption interstitielle, surtout aux dépens de l'organe malade. Lorsque, nonobstant ces moyens énergiques, l'engorgement persiste, il faut lui opposer les révulsifs et les fondants. Dans les premiers se trouvent les vésicatoires, la pommade stibiée, les cautères, les moxas aux régions sacrées ou sur l'abdomen, le séton à l'hypogastre. Les médicaments fondants seront surtout choisis parmi les préparations mercurielles ou iodées, qu'on administrera spécialement en frictions à l'hypogastre et aux parties internes et supérieures des cuisses. On a encore vanté les préparations d'or, d'arsenic et le tartre stibié en frictions (1 gramme par 32 d'axonge), dans le but de déterminer son absorption sans exciter d'éruption à la peau. Les alcalins en bains, en boissons, en injections, pourront être également utiles. Dans les engorgements tout-à-fait indolents et très anciens, on tentera encore l'emploi des douches ascendantes dans le vagin ; elles sont simples, alcalines ou sulfureuses ; mais ce moyen exige de grandes précautions, on le suspendrait s'il était trop douloureux. Enfin, il est des engorgements qui résistent à toutes les médications précédentes ; on devra alors, pour peu que les antécédents y autorisent, tenter un traitement antisyphilitique complet, car il est un grand nombre d'indurations du corps et du col de l'utérus qui ne reconnaissent pas d'autre cause que le virus vénérien.

Je n'ai rien dit des sédatifs et des narcotiques, quoiqu'ils soient des auxiliaires puissants des autres médications. On les emploie quand les douleurs sont vives, lorsqu'il existe quelque autre accident nerveux, ou bien enfin lorsque l'on veut modérer l'action irritante de certains médicaments.

2° *Métrite ulcéreuse et granulée.*

Des ulcérations de différente espèce peuvent se développer sur le col de l'utérus : les unes sont l'effet d'un travail idiopathique et purement local ; les autres sont le produit d'une cause spécifique, comme le virus syphilitique, ou d'une diathèse générale, comme le cancer. On a encore prétendu qu'il y avait des ulcères herpétiques et scrofuleux : mais jusqu'à présent leur existence est très contestable. Nous n'avons à nous occuper ici que des ulcérations idiopathiques. Nous en distinguerons trois sortes, qui sont : les *érosions simples* ou les *exulcérations*, les *érosions avec granulations*, et les *ulcères proprement dits*. Les érosions sont des ulcérations extrêmement superficielles, et qui semblent résulter uniquement de la destruction de l'épithélium et de l'inflammation du corps réticulaire, qui est rouge et uni. Cependant le plus communément la surface dénudée est hérissée d'un nombre plus ou moins considérable de petites granulations rouges, facilement saignantes, séparées par de petits sillons, ce qui lui donne la plus grande ressemblance avec la fraise, et surtout avec la framboise. On ne peut mieux comparer ces petites excroissances qu'à celles qui se forment à la surface de quelques vésicatoires anciens. Cette lésion peut être bornée à une des lèvres du museau de tanche; mais le plus souvent elle les envahit toutes deux et se prolonge plus ou moins loin sur le col, qui est gonflé, comme boursouflé, ainsi que dans sa cavité, et jusqu'à la face interne du corps. Cette lésion, qui est extrêmement commune, est connue sous les noms de métrite *granulée* ou d'*ulcération granulée* ou *framboisée*. Enfin, nous avons dit qu'il existait quelquefois sur le col de véritables ulcères plus ou moins larges et profonds, ou bien des fissures occupant les sillons résultant des déchirures que le col subit après les accouchements. Toutefois ces deux dernières espèces de solutions de continuité sont extrêmement rares, surtout si on les compare à l'ulcération granulée.

Symptômes. — Les troubles produits par les ulcérations simples ou granulées du col sont très variables. Il est quelques femmes qui n'éprouvent aucune incommodité ; chez d'autres, il n'existe qu'un très faible écoulement leucorrhéique ; mais chez la plupart l'écoulement est considérable. Il est blanc, opaque ou puriforme, mêlé souvent à des mucosités transparentes qui sont fournies par la face interne de l'utérus, ou tout au moins du col. En même temps les femmes ressentent de la chaleur dans le fond du vagin, des pesanteurs incommodes au siége, des tiraillements et des douleurs dans les aines, les cuisses et les régions lombaire et sacrée. Ces souffrances sont assez grandes chez quelques femmes pour les empêcher de se livrer pendant quelque temps à la marche, et pour conserver la position verticale. Le coït est souvent dou-

loureux, et détermine fréquemment un écoulement sanguin. La menstruation peut être régulière, mais elle est souvent dérangée, soit pour les époques, qui sont irrégulières, soit pour la quantité du sang, qui est tantôt plus, tantôt moins considérable. Le toucher ne fournit presque que des résultats négatifs. Il fait constater qu'il n'existe aucun engorgement du col et du corps; mais il est rare qu'il fasse reconnaître la lésion dont le museau de tanche est le siége. Parfois, cependant, en promenant le doigt sur cette partie de l'organe, on sent distinctement de petites inégalités, ou bien, au lieu d'une surface lisse, unie et résistante, on sent une surface mollasse et tomenteuse, qui donne, dit M. Chomel, la sensation qu'on éprouve lorsqu'on touche du *velours d'Utrecht*. Cependant tous les signes que nous venons d'énumérer ne peuvent fournir que quelques présomptions sur la nature de l'altération du col. Pour les reconnaître d'une manière certaine, il faut mettre les parties à découvert à l'aide du spéculum. Le col se présente alors volumineux; les lèvres et l'orifice offrent une coloration d'un rouge vif, formant une plaque ovale ou arrondie bien circonscrite, très distincte de la partie saine, non seulement par sa coloration, mais encore par les petites saillies confluentes dont sa surface est parsemée, et qui nous l'ont déjà fait comparer à l'aspect de la framboise.

Les ulcères profonds ou les fissures produisent la plupart des accidents des exulcérations simples ou granulées. Cependant il paraît, surtout d'après les observations de M. Duparcque, que les premières déterminent des écoulements moins abondants; mais elles s'accompagnent de douleurs plus vives, d'un sentiment de brûlure et de corrosion que les rapprochements sexuels exaspèrent souvent à un point extrême. Le toucher peut les faire reconnaître par la sensation qu'il donne d'une dépression ou d'une échancrure plus ou moins profonde sur un point de la circonférence de l'orifice utérin.

Marche. — Il est certain que les différentes ulcérations du col peuvent se cicatriser spontanément; cependant l'ulcération granulée est celle qui a le moins de tendance à guérir; sa durée est toujours très longue.

Diagnostic. — Nous répétons que les différentes espèces d'ulcérations du col utérin, et notamment la métrite granulée, ne peuvent être diagnostiquées qu'en mettant à découvert la partie malade à l'aide du spéculum. Les caractères de l'altération, comme la coloration rouge et l'état granulé de la surface sans dépression, ne permettent pas de la confondre avec aucune autre espèce d'ulcération, et surtout avec les ulcérations syphilitiques, avec lesquelles elle n'a aucune espèce de rapport.

Pronostic. — Les ulcérations du col que nous venons d'étudier ne présentent aucune gravité; la métrite granulée surtout est une affection qui peut être incommode; mais elle est constamment bénigne, et quelque ancienne et quelque étendue qu'elle soit, elle ne produit jamais

la dégénérescence cancéreuse. Il faut donc toujours calmer les craintes que presque toutes les femmes éprouvent; on devra même s'abstenir de désigner leur affection sous les noms d'*ulcère* ou d'*ulcération* à cause de l'idée de cancer que ces mots réveillent dans leur esprit.

Étiologie. — On ne connaît encore que très imparfaitement les causes de la métrite ulcéreuse; ce qu'il y a de certain, c'est que les ulcérations et surtout la forme granulée ne se remarquent que chez les femmes encore jeunes, c'est-à-dire entre vingt-cinq et trente-cinq ou quarante ans; elles n'atteignent que celles qui ont eu un ou plusieurs enfants. Le virus vénérien n'a aucune part dans la production de cette maladie.

Traitement. — Le traitement consiste à calmer l'irritation lorsqu'elle est très vive et à favoriser la cicatrisation des ulcérations. Lorsque celles-ci sont très douloureuses, lorsqu'elles reposent sur un fond enflammé, induré, on se bornera à prescrire des bains, des injections mucilagineuses et calmantes, et quelquefois aussi une ou deux émissions sanguines générales ou locales. Lorsque la période d'inflammation est passée, on remplacera les émollients par les résolutifs et les astringents tels que les solutions d'alun, d'acétate de plomb, de sulfate de zinc; et si les tissus sont frappés d'atonie, on injectera dans le vagin quelque substance à la fois tonique et astringente telle que la décoction de kina, de chêne, de noix de galle, de noyer. Cependant ces moyens ont, en général, fort peu d'action contre les ulcérations granulées, dont on ne peut déterminer le plus souvent la cicatrisation qu'en modifiant l'état des surfaces par la cautérisation. Pour pratiquer celle-ci, on introduit le spéculum, et après avoir mis le col à découvert, on l'absterge avec des bourdonnets de charpie, des mucosités qui le lubrifient, puis on touche la surface rouge et grenue avec un pinceau trempé dans du proto-nitrate de mercure ou dans une solution de nitrate d'argent. Mais il nous a paru plus utile, avec M. Chomel, d'employer un caustique solide, comme un crayon de nitrate d'argent. La cautérisation doit être généralement superficielle, excepté pourtant dans les cas où la surface est mollasse et saignante; car il importe alors de détruire par une cautérisation plus profonde cette exubérance de tissu. Lorsque la surface malade est blanchie par l'action du caustique, on pousse une injection d'eau tiède afin d'entraîner les parties du caustique qui, n'ayant pas agi, pourraient porter leur action sur le vagin; le spéculum est ensuite retiré. Il est rare qu'une seule cautérisation suffise; presque toujours il en faut un plus ou moins grand nombre, mais il importe qu'elles ne soient faites qu'à une assez grande distance les unes des autres. D'après les nombreux essais comparatifs auxquels nous nous sommes livré, nous croyons qu'il faut laisser, entre chaque cautérisation, un intervalle de huit jours. Cette petite opération ne produit communément aucune douleur; quelques femmes pourtant accusent un peu de cuisson; chez beaucoup, un petit suintement sanguin a

lieu le jour où la cautérisation a été faite, surtout lorsqu'elle est pratiquée pour la première ou la deuxième fois. Chez quelques unes, on hâte aussi de plusieurs jours l'apparition des règles. Presque toujours, dès la première cautérisation, on voit diminuer l'écoulement leucorrhéique à partir du quatrième ou cinquième jour. Nous sommes dans l'habitude, le jour où la cautérisation est faite, de prescrire un bain tiède, quelques injections vaginales et le repos dans la position horizontale. Mais les jours suivants nous voulons que les femmes suivent leur état de vie ordinaire; et nous ne saurions approuver ici la pratique d'un grand nombre de médecins qui, pendant des mois entiers, condamnent les femmes à un repos absolu, ce qui produit souvent chez elles des dérangements dans les digestions et différents troubles nerveux. Le repos pourtant serait nécessaire s'il existait un engorgement considérable ou quelque déplacement de l'utérus. Les rapprochements sexuels nous paraissent devoir être interdits ou du moins ils seront très éloignés pendant toute la durée du traitement, qui se prolonge souvent pendant eux ou trois mois et plus.

La cautérisation ne convient pas seulement dans la métrite granulée, mais elle est également avantageuse dans les érosions et les ulcères bénins simples ou compliqués d'un engorgement du col lorsque les topiques émollients et détersifs ont été impuissants pour en déterminer la cicatrisation. D'ailleurs, lorsqu'il y a à la fois engorgement et ulcération du col, il faut traiter celle de ces lésions qui prédomine.

DE L'OVARITE.

On désigne sous les noms d'*ovarite* ou d'*oophorite* l'inflammation du tissu des ovaires.

Caractères anatomiques. — L'ovaire enflammé a presque toujours acquis un volume triple, quadruple, de l'état normal; il a quelquefois les dimensions d'un œuf d'oie ou celui du poing d'un sujet adulte. Il est alors arrondi ou ovale; son tissu, mollasse, friable, est d'un rouge plus ou moins foncé; à l'intérieur, il est infiltré d'un liquide séreux ou séro-albumineux. On y remarque quelquefois aussi de petites collections sanguines. A une époque un peu plus avancée on y reconnaît du pus infiltré, puis réuni en un ou plusieurs foyers. Lorsque l'ovaire est très volumineux, non seulement il dévie l'utérus, comprime le rectum, la vessie, les vaisseaux et nerfs pelviens, mais encore il déborde plus ou moins le rebord du détroit supérieur. Ces rapports nombreux rendront compte, plus tard, des différentes voies par lesquelles les abcès ovariques peuvent se vider. Enfin, pour terminer ce qui a rapport à l'anatomie pathologique, nous dirons que l'ovarite coexiste fréquemment avec d'autres altérations récentes ou anciennes de l'utérus, des ligaments larges, des trompes du vagin ou du péritoine. Les caractères anato-

miques de l'ovarite chronique ne sont pas encore suffisamment connus.

Symptômes. — Presque toujours l'ovarite débute par une douleur vive ou obtuse que les malades rapportent profondément derrière l'une des arcades crurales. Cette douleur, qui augmente par la pression, rend la marche pénible, et s'accompagne, le plus souvent, de malaise, de fièvre, et quelquefois de nausées et de vomissements. Cependant, bientôt on constate une tumeur plus ou moins volumineuse : d'abord cachée profondément dans le bassin, elle ne tarde pas à atteindre la hauteur du détroit supérieur, et souvent même elle se prolonge dans la fosse iliaque; beaucoup plus rarement dans la région lombaire ou bien le long de la ligne blanche jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur, ayant la forme d'un ovale allongé, est placée presque toujours obliquement; elle est dure, rénitente, complétement mate et très douloureuse. Par la palpation et la percussion on détermine facilement ses limites supérieure et latérales; mais il n'en est plus de même inférieurement, où on sent qu'elle plonge profondément dans l'excavation pelvienne. Si on pratique le toucher vaginal, on trouve souvent l'utérus situé plus bas ou bien plus incliné, ou bien encore dans un état d'antéversion ou de rétroversion. On s'assure que les mouvements qu'on imprime au col sont transmis à la tumeur, et réciproquement; ce qui indique que celle-ci est formée par une des annexes de l'utérus, ou que, si elle lui est étrangère, elle a contracté avec cet organe des connexions intimes. Enfin, le toucher par le rectum fera connaître si la tumeur est en rapport avec cet intestin.

Marche, terminaison. — Après être resté pendant quelques jours stationnaire, l'engorgement inflammatoire peut diminuer et même disparaître après un ou deux septénaires; on dit alors qu'il y a eu résolution. Rien ne prouve, comme on l'a prétendu à diverses époques, que l'ovarite puisse se terminer par métastase, comme certains engorgements des testicules, soit que cette celle-ci se fasse sur l'ovaire du côté opposé et sur les ganglions, soit qu'elle ait lieu sur le tissu cellulaire parotidien (*oreillons*). Mais la suppuration est une terminaison beaucoup plus commune; elle est annoncée par une recrudescence des accidents inflammatoires, et, plus tard, par des frissons irréguliers et des sueurs nocturnes. En même temps la tumeur est plus molle et même fluctuante, sinon dans toute son étendue, du moins dans quelques points. C'est alors surtout qu'on note certains accidents, tels que des engourdissements, des crampes, ou l'œdème du membre pelvien correspondant, ou bien encore des envies fréquentes d'uriner, de la dyspnée et de la constipation, à cause de la compression que l'abcès ovarique exerce sur les nerfs et les vaisseaux, sur la vessie et le rectum. Il importera de renouveler encore, en cette circonstance, le toucher par l'anus et le vagin, afin de constater les rapports que la tumeur a contractés avec ces divers organes.

Les voies par lesquelles le pus s'échappe à l'extérieur sont nom-

breuses. Le plus souvent l'abcès se vide dans un des organes environnants, et spécialement dans le rectum et le vagin, moins fréquemment dans le col de l'utérus, et beaucoup plus rarement encore dans la vessie. Ou bien le pus se fraie une issue à travers les parois abdominales; enfin, dans quelques cas rares, le foyer s'étant rompu dans le péritoine, il en est résulté une péritonite sur-aiguë, et très promptement mortelle. Ce cas excepté, dans tous les autres l'ouverture de l'abcès est suivie d'un soulagement notable. L'écoulement du pus continue en général pendant plusieurs jours, puis il cesse d'avoir lieu, soit parce que sa source est tarie, et alors les malades guérissent de suite, soit plutôt parce que l'ouverture de communication est rétrécie ou oblitérée; dans ce cas, le pus s'accumulant dans le foyer, la tumeur reprend ses dimensions; les mêmes accidents se renouvellent jusqu'à ce que la matière purulente se soit frayé une nouvelle issue. Ces rétentions et ces écoulements alternatifs de pus peuvent se faire un grand nombre de fois de suite. Enfin, il est des malades qui finissent par succomber, épuisés par la langueur et l'abondance de la suppuration. La plupart cependant guérissent complétement; mais ce n'est guère qu'après plusieurs mois de traitement. Cependant, tout en se rétablissant, il en est chez lesquels l'ouverture reste fistuleuse; chez la plupart on voit persister un noyau d'engorgement dans l'ouverture pelvienne, qui ne se résout que fort longtemps après, et qui peut, à des époques plus ou moins éloignées, comme plusieurs années, redevenir le siége d'un nouveau travail inflammatoire qui se termine de la même manière que les premiers. Nous avons vu plusieurs fois ces récidives être marquées par des pertes utérines très considérables et très opiniâtres.

Diagnostic. — Nous croyons qu'il sera presque toujours possible de distinguer l'ovarite des tumeurs phlegmoneuses ou fluctuantes qui se forment dans les fosses iliaques, si on se rappelle que dans l'ovarite la tumeur est ovoïde, obliquement dirigée, qu'elle plonge profondément dans le petit bassin, qu'elle est souvent mobile, et que les mouvements qu'on lui imprime peuvent être transmis à l'utérus, et réciproquement. Mais il nous semble absolument impossible de pouvoir distinguer, pendant la vie, les abcès des ovaires de ceux qui sont formés dans l'épaisseur des ligaments larges et dans la trompe. Quant au diagnostic différentiel de l'ovarite d'avec les différentes espèces de tumeurs de l'ovaire, telles que kystes séreux, pileux, et grossesses extra-utérines, comme ces lésions ont une marche essentiellement chronique, on parviendra toujours aisément à les différencier des engorgements inflammatoires.

Pronostic. — L'ovarite se termine très rarement par la mort; cependant on ne doit pas moins la regarder comme une maladie fâcheuse, à cause de la persistance des accidents et des récidives qui ont souvent lieu.

Etiologie. — L'ovarite survient très fréquemment après les couches; cependant, malgré l'assertion contraire de Dugès et de madame Boivin, il est certain que cette maladie est assez commune en dehors de l'état de grossesse et de l'état puerpéral. Elle survient alors spécialement après la suppression brusque des règles, ou bien à la suite d'une violence comme une contusion de la partie inférieure de l'abdomen; mais on a regardé l'ovarite comme se développant surtout sous l'influence de certaines affections de l'utérus et du vagin. Ainsi M. Mélier a prétendu que les ovaires s'enflammaient fréquemment dans le cours de la métrite ulcéreuse, opinion dont nous n'avons pu vérifier la justesse. On a dit aussi que dans la blennorrhagie de la femme l'inflammation se propageait souvent à l'ovaire, de même que chez l'homme elle atteint fréquemment le testicule. Sans nier absolument cette proposition, nous croyons néanmoins qu'on l'a un peu exagérée, et qu'en l'émettant on s'est peut-être beaucoup plus laissé guider par l'analogie que par une observation sévère. Il est rare que les deux ovaires s'enflamment simultanément; l'inflammation paraît être un peu plus commune dans le gauche que dans le droit.

Traitement. — Si on traite la maladie dès son début, il n'y a d'espoir de la voir se terminer par résolution que par l'emploi méthodique du traitement antiphlogistique. Rarement les symptômes généraux sont assez graves pour nécessiter une, et à plus forte raison deux saignées générales; mais on appliquera un grand nombre de sangsues à l'hypogastre et aux aines; on recouvrira ces parties de cataplasmes; on donnera des bains; on entretiendra la liberté du ventre. On joindra à ces moyens quelques frictions mercurielles sur la tumeur, et lorsque la période inflammatoire est dissipée, si l'engorgement persiste, on produira une forte révulsion à la peau par l'application d'un ou plusieurs vésicatoires volants. La suppuration une fois établie, il faut tâcher de l'attirer à l'extérieur. Si la tumeur, proéminant à l'hypogastre ou dans le flanc, soulève fortement la peau, si à son niveau il existe de l'œdème, et si tout indique que l'abcès a contracté adhérence avec les parois, on la vide par une large incision; dans le cas contraire, on applique successivement plusieurs morceaux de potasse caustique suivant le procédé que nous décrirons en traitant des kystes hydatiques du foie. En pratiquant le toucher par le vagin et le rectum, on reconnaîtra si l'abcès a de la tendance à se porter vers ces organes; s'il y forme une saillie notable; si dans cette exploration on constate bien la fluctuation, et si on reconnaît que la paroi est amincie, on ne devra pas hésiter à pratiquer une ouverture à l'aide d'un bistouri, d'un trois-quarts, ou d'un pharyngotome. On favorisera l'écoulement du pus par une position convenable; on l'empêchera aussi de stagner en poussant dans le foyer des injections; on pourra parfois aussi exercer une compression méthodique.

Si le trajet reste fistuleux, il pourra être nécessaire de l'irriter par des injections iodées, sulfureuses ou même par une solution concentrée de nitrate d'argent. Enfin, dans des cas rebelles, on a conseillé une nouvelle grossesse, et on a presque toujours réussi alors à cicatriser le foyer par suite de la compression que l'utérus développé exerce sur les parois.

INFLAMMATION DES TROMPES UTÉRINES ET DES LIGAMENTS LARGES.

Les trompes peuvent s'enflammer; mais cette inflammation n'est pas souvent primitive, ou du moins elle existe rarement seule, mais presque toujours elle s'acompagne de quelque lésion de même nature ou de quelque autre altération de l'ovaire, des ligaments larges, de l'utérus et du péritoine. Quoi qu'il en soit, l'inflammation des trompes ne produit, en général, aucune tumeur; les malades accusent profondément dans le bassin et vers la région iliaque une douleur plus ou moins vive. Mais en présence des résultats négatifs fournis par l'exploration, et notamment par le toucher, il est absolument impossible d'arriver au diagnostic de la maladie; il en serait peut-être de même si la trompe oblitérée à ses deux extrémités et la matière purulente, s'accumulant dans sa cavité, venait à former une tumeur plus ou moins volumineuse et proéminente dans le flanc. Nous ne pensons pas qu'en pareille circonstance il soit possible d'arriver au diagnostic du siége de l'altération, ce qui n'offre pas ici un grand inconvénient, du moins sous le rapport pratique. Dans les abcès de la trompe le pus peut s'échapper par les mêmes issues que dans les cas d'abcès ovariques.

Ce que nous venons de dire de l'inflammation des trompes s'applique également à l'inflammation du tissu cellulaire compris entre les deux replis du péritoine qu'on nomme *ligaments larges*. Cette inflammation, plus fréquente que celle des trompes, mais beaucoup plus rare que celle des ovaires, avec laquelle, d'ailleurs, elle coïncide souvent, survient presque toujours à la suite des couches. Elle détermine une douleur vive et profonde sur un des côtés de la petite excavation pelvienne; souvent aussi par la palpation on découvre en ce point une tumeur dure, douloureuse, dirigée transversalement ou plutôt obliquement, et suivant une ligne parallèle à l'aine. Cette tumeur finit par proéminer à l'hypogastre et jusque dans la fosse iliaque, et le tissu cellulaire de cette région finit souvent par s'enflammer à son tour. Le toucher vaginal, et surtout le toucher par le rectum, font reconnaître une tumeur rénitente ou fluctuante, qu'on distingue et qu'on isole bien de l'utérus; mais il est absolument impossible de déterminer si cette tumeur est formée par l'ovaire ou par le ligament large; d'ailleurs, quel que soit celui de ces organes aux dépens duquel l'abcès s'est formé, les dangers

que courent les malades sont absolument les mêmes ; le pus s'échappe par les mêmes voies ; enfin les indications à remplir ne diffèrent pas dans les deux cas.

DE LA PÉRITONITE.

Le mot *péritonite* signifie inflammation du péritoine.

Historique et divisions. — Avant les immortelles recherches de Bichat sur les membranes, on n'avait sur la péritonite que des idées très confuses, puisque, il y a à peine un demi-siècle, la presque généralité des médecins admettaient, avec Pinel et Bosquillon, que la péritonite n'était jamais indépendante de la phlegmasie des autres viscères abdominaux, avec laquelle elle était confondue. Ce fut Bichat qui le premier l'isola, et en fit une affection aussi distincte de l'entérite, de la gastrite, que la pleurésie l'est de la pneumonie. Les recherches pathologiques de Gasc, de Laënnec, de Pierre Frank, ne tardèrent pas à confirmer les opinions de Bichat, et dès lors la péritonite trouva sa place distincte dans le cadre nosologique, et devint l'objet de travaux très importants, que nous devons surtout à MM. Andral, Chomel, Scoutetten. (Voir plus bas *Péritonite puerpérale.*)

On doit distinguer plusieurs espèces de péritonite : l'une, que nous nommerons *spontanée* ou *primitive*, et qui survient chez l'homme ou bien chez la femme hors l'état puerpéral, sous l'influence des causes qui président au développement des autres phlegmasies; la deuxième espèce est la péritonite dite *puerpérale*, parce qu'elle affecte les femmes récemment accouchées; nous nommerons la troisième espèce péritonite *symptomatique* ou *consécutive*, parce qu'elle survient consécutivement à quelque lésion des viscères abdominaux, et notamment d'une perforation d'un des organes creux contenus dans le ventre ; enfin nous admettrons une péritonite *chronique*. Dans chacune de ces quatre espèces, la phlegmasie peut être *générale*, c'est-à-dire envahir tout le péritoine, ou bien être *partielle*, c'est-à-dire être limitée à un point plus ou moins circonscrit de la membrane séreuse.

DE LA PÉRITONITE AIGUE SIMPLE OU PRIMITIVE.

L'observation journalière démontre que la péritonite spontanée ou primitive est une affection excessivement rare; la pratique de MM. Chomet et Louis confirme pleinement cette opinion.

Caractères anatomiques. — On a dit que lorsque les malades succombaient à une époque très voisine du début, comme douze ou vingt-quatre heures, on trouvait le péritoine seulement injecté, rouge, sec au toucher, et luisant. Cependant si, dans ces cas, on examine avec beau-

coup d'attention, on rencontrera toujours sur quelques points une couche extrêmement mince d'une matière albumineuse, demi-concrète, qui fait adhérer les circonvolutions intestinales entre elles. Cette sécrétion est le véritable caractère anatomique de la péritonite; elle est d'autant plus marquée, et le nombre des circonvolutions intestinales qui adhèrent entre elles et avec les parois abdominales est d'autant plus considérable, que la mort est survenue à une époque plus éloignée du début. Si la péritonite a duré deux ou trois jours, on trouve en outre épanchés dans le péritoine de 30 à 500 grammes d'un liquide séro-purulent mêlés à une plus ou moins grande quantité de flocons blancs, opaques, ou bien jaunes et verdâtres. Dans quelques cas rares, l'épanchement liquide est formé par du sang pur, qui a été exhalé, car on ne trouve pour l'expliquer aucune lésion dans les vaisseaux. Le péritoine enflammé ne subit aucune grave altération de nutrition : ainsi on ne le trouve jamais ni ulcéré ni gangrené; quelquefois il semble un peu plus friable, et paraît se détacher un peu plus facilement de la surface des intestins; mais il n'est jamais épaissi. Lorsqu'on l'isole complétement des concrétions albumineuses qui se sont formées à sa surface, on constate qu'il n'a point perdu sa transparence; enfin, en en détachant des lambeaux sans entraîner le tissu cellulaire, on peut se convaincre que l'injection l'a très rarement pénétré, et que presque toujours la couleur rouge, qui semblait lui être propre lorsqu'on l'examinait en place, dépendait de la congestion sanguine du réseau capillaire subjacent. Lorsqu'au lieu d'avoir une issue funeste la péritonite se termine par la guérison, les concrétions albumineuses subissent la même série de transformations que dans l'inflammation de la plèvre.

Symptômes, marche, durée, terminaisons. — Le début de la péritonite est souvent marqué par un frisson violent; mais la douleur du ventre est presque toujours le premier et le principal symptôme de la maladie. Cette douleur, généralement bornée à un point du ventre, comme l'ombilic, l'hypogastre, les hypochondres ou les flancs, est vive, pongitive, lancinante; les mouvements, les secousses de la toux, les efforts de vomissements, ou ceux que nécessitent la miction et la défécation, l'exaspèrent toujours; il en est de même de la pression du ventre. Il est des malades qui ne peuvent supporter le poids des cataplasmes, des fomentations, et même celui des couvertures de leur lit, qu'on est alors obligé de tenir éloignées à l'aide de cerceaux. En même temps la plupart sont tourmentés par des vomissements de matières aqueuses, de mucosités, et le plus souvent d'un liquide bilieux jaune ou verdâtre. La figure exprime la souffrance et l'anxiété; le pouls, toujours fréquent, peut être dès le début petit et dur; plus souvent il offre de l'ampleur et de la résistance; le malade est agité, inquiet; il se tient constamment immobile sur le dos, toute autre position aggravant les souffrances. Sa

respiration est courte, interrompue, car il n'ose dilater complétement la poitrine, à cause des douleurs vives qu'il éprouve dans le ventre lorsqu'il contracte le diaphragme. Cependant la douleur abdominale devient bientôt plus vive et plus étendue; dans quelques cas, le ventre semble rétracté, ou bien il conserve sa forme et son volume; mais presque toujours dès le deuxième, et souvent dès le premier jour de la maladie, on constate une intumescence produite par un dégagement de gaz dans les intestins, comme le prouve la percussion, qui donne un son plus clair que d'habitude. Cependant ce son ne tarde pas à s'obscurcir, surtout dans les parties déclives, comme l'hypogastre et les flancs, où s'accumule le liquide séro-purulent; celui-ci y est quelquefois en assez grande abondance pour produire le phénomène de fluctuation. On a dit qu'à cette époque l'auscultation du ventre faisait quelquefois entendre un bruit de frottement analogue à celui que nous avons trouvé dans la pleurésie, et qui serait produit suivant le même mécanisme, c'est-à-dire par le frottement réciproque de surfaces recouvertes de fausses membranes. Mais ce phénomène, quoique possible, est néanmoins excessivement rare dans les péritonites ordinaires.

L'aggravation de l'état local coïncide toujours avec une augmentation dans les symptômes généraux et sympathiques. Ainsi, la fréquence du pouls augmente et dépasse ordinairement 120 pulsations, qui sont petites et faibles; la face est grippée; les nausées sont presque continuelles, les vomissements plus rapprochés, le malaise et l'anxiété extrêmes; souvent il survient du délire. Si la maladie continue à faire des progrès, le ventre se développe, et souvent la douleur diminue ou cesse même tout-à-fait; mais la face s'altère de plus en plus; les extrémités se refroidissent; le pouls devient filiforme, irrégulier, et d'une fréquence telle que souvent il ne peut être compté. Les liquides contenus dans l'estomac, au lieu d'être expulsés par les secousses du vomissement, sortent sans efforts et par un simple mouvement de régurgitation. Enfin, la mort survient après une courte agonie : elle est quelquefois précédée par un état de délire ou de coma; mais la plupart des malades conservent leur intelligence jusqu'au dernier moment. La forme de péritonite que nous étudions actuellement est rarement mortelle avant la fin du quatrième ou du sixième jour.

Si la maladie a une heureuse issue, le pouls perd de sa fréquence; les vomissements cessent; la douleur diminue avec l'altération des traits; les liquides épanchés dans le ventre sont résorbés; dans quelques cas très rares, on les a vus se frayer une issue à travers les parois abdominales ou dans les intestins. Enfin, la convalescence se déclare, mais très rarement elle est annoncée par quelque mouvement critique. Tout en guérissant, quelques malades restent sujets pendant longtemps à des douleurs ou à des tiraillements dans le ventre qui augmentent dans certaines po-

sitions du tronc, gênent les mouvements, les digestions, et dépendent probablement des adhérences qui se sont établies entre les anses intestinales. Ces incommodités peuvent persister ainsi pendant toute la vie; mais le plus souvent elles finissent par cesser, soit que les viscères se soient habitués aux tiraillements exercés par les fausses membranes, soit que celles-ci aient été absorbées, ou que, devenues tout-à-fait celluleuses, et s'étant allongées, elles aient cessé de brider les viscères abdominaux. Quoi qu'il en soit, on sait à présent que ces adhérences peuvent devenir plus tard une cause d'*iléus* (voir ce mot); et madame Boivin a prouvé en outre que, lorsqu'elles existent entre l'utérus et les parties voisines, elles sont une cause d'avortement, en raison des obstacles qu'elles apportent au libre développement de l'organe pendant la gestation. Enfin, dans quelques cas, la péritonite passe à l'état chronique.

Variétés. — La plupart des auteurs ont admis une péritonite *bilieuse*, *ataxique* et *adynamique*, suivant la prédominance des symptômes gastriques ou bilieux, et des accidents nerveux dits ataxiques et adynamiques; mais il n'y a là rien qui soit plus spécial à la péritonite qu'à la plupart des autres phlegmasies.

Péritonites partielles.—Au lieu d'envahir tout le péritoine, l'inflammation peut n'occuper qu'une portion circonscrite de cette membrane; on dit alors que la péritonite est *partielle*. Celle-ci se rencontre surtout dans l'excavation pelvienne et aux hypochondres. Elle est caractérisée, comme celle qui est générale, par une douleur vive, par de la fièvre, des nausées et des vomissements; mais ces accidents sont infiniment moins graves que dans les cas où la phlegmasie envahit la totalité ou la plus grande partie de la séreuse. Ce n'est guère que dans les péritonites locales qu'on constate quelquefois le bruit de frottement précédemment indiqué. Ce phénomène se produit surtout dans les cas où l'inflammation s'est développée au niveau d'un organe ou d'une tumeur solide comme le foie, la rate, ou un kyste de l'ovaire; car on conçoit alors qu'en raison de la résistance que ces surfaces opposent, le frottement doit être beaucoup plus énergique. Enfin, quelques symptômes particuliers peuvent se développer, suivant la portion de péritoine qui est enflammée. Ainsi, dans la péritonite diaphragmatique, ou dans celle de la convexité ou de la concavité du foie, on voit parfois survenir une teinte ictérique. La péritonite partielle a presque toujours une heureuse issue; cependant nous l'avons vue plusieurs fois se terminer par la mort, quoique bornée à l'excavation pelvienne. C'est surtout dans cette variété de la maladie qu'on a vu l'épanchement abdominal se circonscrire et se vider par l'intestin ou à travers les parois abdominales, comme P. Frank l'a observé.

Diagnostic. — Une douleur vive du ventre augmentant par la pression, les vomissements, la fièvre, les caractères du pouls et l'altération des traits établissent une différence essentielle entre la péritonite générale et

le rhumatisme des parois abdominales, qui n'a d'autre ressemblance avec l'inflammation du péritoine qu'une sensibilité excessive du ventre à la plus légère pression, et par les mouvements du tronc. Ces mêmes symptômes différencient la péritonite des coliques nerveuses, dont la douleur, le plus souvent calmée par la pression, revient par accès, ne s'accompagne pas de fièvre, et souvent même le pouls reste calme comme dans l'état de santé. La péritonite partielle, suivant les points où elle siège, pourrait simuler une gastrite, une entérite, une hépatite, une cystite, une métrite; mais dans ces dernières affections, la douleur est moins vive et moins superficielle que dans la péritonite, et on observe, en outre, des troubles fonctionnels spéciaux. Enfin, l'exploration des parties fournira des renseignements utiles; c'est ce qui a lieu surtout pour la métrite, dans laquelle le toucher vaginal et rectal fera constater une augmentation de volume. Dans la cystite, les envies fréquentes d'uriner, la dysurie et la tumeur vésicale seront des phénomènes caractéristiques; comme pour l'estomac, la soif vive, les douleurs et les vomissements, excités par l'ingestion d'une boisson quelconque, permettront d'établir le diagnostic différentiel, qui, dans quelques cas néanmoins, peut présenter de la difficulté, en raison surtout des phénomènes sympathiques que la péritonite excite du côté de l'estomac. Si la péritonite diaphragmatique produisait l'ictère, on ne devrait pas croire à l'existence d'une hépatite, si la réaction fébrile était forte, la chaleur très vive, et si la palpation de l'hypochondre ne faisait point reconnaître une augmentation dans le volume du foie. Le diagnostic de la péritonite, une fois établi, il faut le compléter en déterminant si la maladie est primitive, ou si, comme cela a lieu presque toujours, elle est consécutive à quelque lésion récente ou ancienne des organes abdominaux. Pour résoudre ce problème, on aura égard à l'état de santé antérieur, à la manière dont la péritonite a débuté et à la marche qu'elle a suivie. (*Voir* plus bas *Péritonite symptomatique.*)

Pronostic. — La péritonite est une maladie toujours grave. Son pronostic sera subordonné à la gravité des symptômes généraux et à l'étendue de la maladie. Celle qui est générale est presque nécessairement mortelle.

Etiologie. — La péritonite spontanée primitive peut être observée à tous les âges de la vie. Des faits nombreux recueillis par Dugès et Billard en France, et ceux du professeur Simpson, prouvent que la péritonite n'est pas très rare pendant la vie intra-utérine. L'habile médecin d'Edimbourg pense même que la péritonite est une des causes les plus fréquentes de la mort du fœtus dans les derniers mois de la grossesse; il lui a paru en outre que la phlegmasie du péritoine était plus commune chez les enfants appartenant à des mères syphilitiques. D'ailleurs, de même que chez l'adulte, ces péritonites sont souvent consé-

cutives à quelque lésion viscérale (du foie, de la vessie et des intestins), et rien ne prouve encore que les péritonites soient plus souvent primitives, chez le fœtus ou l'enfant naissant, que dans les âges suivants. Nous ne savons absolument rien de positif sur les causes prédisposantes de la péritonite simple : presque toujours la maladie se déclare spontanément et sans le concours d'aucune cause déterminante appréciable. L'impression du froid, la contusion du ventre, la suppression d'une hémorragie, la métastase rhumatismale, sont les circonstances qui ont agi le plus souvent comme causes déterminantes. On dit l'avoir vue plusieurs fois régner épidémiquement, surtout dans les armées (Pujol).

Traitement. — La péritonite exige l'emploi d'un traitement énergique. Ainsi, lorsque la force du pouls le permet, il faut pratiquer une large saignée de 5 à 600 grammes qu'on répétera une ou deux autres fois dans la première journée; en même temps le ventre sera couvert, dans les parties où siége la douleur, d'un nombre de sangsues assez considérable, comme 50 ou 100, et l'on favorisera l'écoulement du sang par de larges cataplasmes émollients et des fomentations, à moins que les malades ne puissent en supporter le poids. Lorsque les mouvements ne sont pas trop douloureux, on plongera les malades dans un bain tiède, et ils y resteront le plus longtemps possible. Il conviendra de se servir, en cette circonstance, d'une baignoire à double fond, à l'aide de laquelle les malades atteints de péritonite, de rhumatisme ou de toute autre affection très douloureuse, sont mis dans l'eau et en sont retirés sans efforts et sans douleur. On prescrit des boissons douces, mucilagineuses, acidules : elles seront données froides et même glacées; elles seront prises en petite quantité à la fois, pour ne pas exciter les vomissements. Il importe aussi de tenir le ventre libre : les lavements étant contre-indiqués par les mouvements que leur administration nécessite, on les remplacera par quelque laxatif doux, donné par la bouche. Lorsque, nonobstant ces moyens, la péritonite continue à faire des progrès, et lorsque la faiblesse du pouls ne permet plus de recourir aux émissions sanguines, on devra tenter l'emploi des mercuriaux à haute dose : ainsi, on fait une ou deux fois par jour, sur le ventre et les cuisses, des onctions avec l'onguent napolitain, en employant chaque fois 20 ou 30 grammes de pommade. On pourra également donner du calomel à doses fractionnées. Loin de redouter la salivation, il faut, au contraire, la désirer, car la plupart des malades qui l'ont guérissent. L'apparition de certains symptômes peut devenir aussi la source d'indications spéciales. Ainsi, lorsque la bouche est amère, lorsque des vomissements bilieux, noirâtres, ont lieu toujours avec soulagement, on ne devra pas hésiter à combattre cet état avec 60 centigrammes ou 1 gramme d'ipécacuanha. Il est des péritonites qui sont remarquables par le développe-

ment des symptômes adynamiques et ataxiques : contre les premiers on conseille les toniques et les révulsifs ; aux seconds on oppose les remèdes antispasmodiques. Mais, malheureusement, cette médication n'est presque jamais couronnée de succès. Dans les cas extrêmes où tout a été épuisé, on paraît avoir quelquefois retiré des effets avantageux de l'application sur le ventre d'un très large vésicatoire. Ce moyen pourrait être encore utile dans les cas où, la fièvre et la douleur ayant cessé, il reste encore dans l'abdomen un épanchement séro-albumineux. La ponction, en pareil cas, est jugée peu rationnelle ; cependant, si la péritonite était circonscrite, il y aurait probablement avantage à donner issue au fluide épanché et à exercer ensuite sur les parois une douce compression, pour en prévenir le retour.

DE LA PÉRITONITE PUERPÉRALE.

Synonymie. — Métro-péritonite puerpérale, fièvre puerpérale, typhus puerpéral.

La péritonite est dite puerpérale lorsqu'elle survient chez les femmes récemment accouchées.

Historique. — Les graves accidents qui emportent un si grand nombre de femmes après l'accouchement ont fixé de tout temps l'attention des médecins ; mais c'est surtout dans le courant du dernier siècle que furent entreprises, en Angleterre, en Allemagne, en France, des recherches qu'on poursuit encore activement de nos jours. An. Petit, Levret, Doublet, Doulcet, furent les médecins dont les travaux ont été le plus distingués ; mais ce sont nos contemporains qui, en recherchant et en signalant toutes les lésions viscérales que présentent les femmes emportées par la fièvre dite puerpérale, ont pu expliquer, jusqu'à un certain point, les symptômes si variables qu'on observe dans cette maladie. C'est surtout aux travaux de Chaussier, de Dance, de MM. Tonnelé, Cruveilhier, Velpeau, Duplay, Nonat, Baudelocque, Voillemier, que l'on doit les progrès qu'a faits de nos jours cette partie de la science.

Caractères anatomiques. — Dans la péritonite puerpérale, les caractères anatomiques de l'inflammation du péritoine sont à peu près les mêmes que dans la péritonite simple ; cependant il existe quelques différences qu'il importe de connaître. Ainsi, la rougeur du péritoine est beaucoup moins vive, quelquefois elle est à peine marquée ; très rarement générale, on ne la constate guère que dans l'excavation pelvienne, vers les fosses iliaques, et à la paroi antérieure de l'abdomen. L'épanchement est beaucoup plus considérable, mais il ne dépasse jamais 1000 grammes ; il est communément opaque, trouble et floconneux. Trompés par une grossière ressemblance, les auteurs du dernier siècle (Pujol, Levret, Bordeu, etc.) avaient pensé que ce liquide n'était autre chose que le lait dévié et altéré. Mais les analyses chimiques ont démontré depuis

longtemps qu'aucun des éléments du lait n'existait dans ce liquide, qui ne différait en rien, par sa composition, de celui qui se forme dans toutes les phlegmasies des membranes séreuses. Dans la péritonite puerpérale on trouve presque toujours les intestins très dilatés par des gaz, et ils offrent toujours beaucoup moins de longueur qu'à l'état normal. C'est un fait que j'ai fréquemment constaté, à l'Hôtel-Dieu, pendant l'année 1835.

Indépendamment des lésions du péritoine qui sont constantes, quoique existant à des degrés différents, il en est d'autres qui sont accidentelles et dont la fréquence varie dans les différentes épidémies. Ainsi l'utérus est fréquemment exempt de toute espèce d'altération dans sa membrane d'enveloppe, dans son tissu, dans ses vaisseaux, ou bien tout se borne à un peu d'injection du péritoine qui le recouvre; de plus, son volume peut être un peu plus considérable que celui qu'il devrait avoir en raison du nombre de jours écoulés depuis l'accouchement. Cependant, dans un grand nombre de cas, et souvent chez toutes les femmes qui succombent dans le cours d'une même épidémie, on trouve l'utérus plus ou moins altéré. Ainsi quelquefois son tissu est rouge, injecté, infiltré de pus, friable ou ramolli; d'autres fois il est le siége de cette altération que nous décrirons plus tard sous les noms de *ramollissement* ou de *putrescence*, ou bien encore il y a des abcès dans les ligaments larges; enfin les ovaires sont gros, rouges, ramollis, infiltrés ou remplis de pus. Mais ces altérations sont rares, si on les compare surtout à celles que nous allons indiquer et qu'on rencontre souvent chez presque toutes les femmes. Ainsi on trouve le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'utérus infiltré d'une petite quantité de pus blanc ou jaunâtre; plus souvent on aperçoit à la surface de l'organe des traînées de vaisseaux lymphatiques, dont le volume varie depuis celui d'un fil jusqu'à celui d'une plume de corbeau. Ils sont sinueux, offrent de distance en distance des renflements pisiformes qu'il ne faudrait pas confondre avec de petits abcès, erreur que nous avons vu fréquemment commettre. Ces vaisseaux, remplis de pus concret, fluide, blanc, jaune ou verdâtre, se dirigent presque toujours vers les angles supérieurs de l'utérus et à l'insertion des trompes, où on en trouve ordinairement un grand nombre; il en existe aussi au col utérin, à la face interne et dans l'épaisseur de l'organe, dans les ligaments larges, le long des vaisseaux ovariques, et dans le tissu cellulaire du petit bassin, surtout latéralement et en arrière, comme on peut s'en convaincre en enlevant avec soin le péritoine. Souvent alors on constate aussi une légère infiltration du tissu cellulaire du bassin, presque toujours disséminée, et qui ne se révèle que par une coloration jaune ou verdâtre et par un peu plus d'humidité du tissu. Lorsque j'ai voulu suivre la direction de ces vaisseaux lymphatiques, j'en ai presque toujours perdu la trace au niveau du dé-

troit supérieur : dans quelques cas rares, je les ai vus se rendre dans des ganglions qui étaient gonflés, rouges ou complétement abcédés; mais je n'ai jamais rencontré le pus dans les vaisseaux efférents. Cependant d'autres médecins ont été plus heureux que moi : ainsi MM. Tonnelé, Nonat, Velpeau, Berrier-Fontaine, ont suivi le pus jusque dans le réservoir de Pecquet, et quelques uns même dans toute la longueur du canal thoracique.

On a dans ces derniers temps beaucoup discuté pour connaître quelle est l'origine du pus qu'on rencontre ainsi dans les vaisseaux lymphatiques. Les uns, avec MM. Tonnelé et Nonat, ont cru que ce liquide était fourni par les vaisseaux lymphatiques atteints d'inflammation : cependant l'examen cadavérique ne justifie point cette opinion, car presque jamais on ne trouve les lymphatiques enflammés; ils sont bien augmentés de volume, mais leurs parois sont presque toujours souples, blanches, transparentes. Admettrait-on avec M. Cruveilhier que si les lymphatiques ne sont pas enflammés dans les points en contact avec le pus, ils le sont dans leurs radicules; c'est émettre une opinion qui n'est pas susceptible de démonstration. Quant à nous, nous croyons que dans la presque totalité des cas la présence du pus dans les vaisseaux est un simple effet d'absorption exercée sur le pus épanché dans le péritoine, dans le tissu cellulaire du bassin, et quelquefois dans l'utérus et ses annexes. Les raisons qui militent en faveur de cette opinion sont : 1° l'identité du pus contenu dans les lymphatiques et de celui qui est épanché dans le péritoine ou ailleurs; 2° l'intégrité presque constante des lymphatiques; 3° enfin ceux-ci se remarquent surtout à la surface et sur les bords de l'utérus, aux ligaments larges et au col, c'est-à-dire précisément dans les parties qui sont le plus directement et le plus constamment en rapport avec le pus épanché dans le bassin. En résumé, nous croyons pourtant avec M. Duplay, qui a parfaitement étudié cette question, qu'on ne doit émettre aucune opinion exclusive sur l'origine du pus qui existe dans les lymphatiques. Chez les femmes qui sont emportées par la péritonite puerpérale, on trouve encore quelquefois une phlébite plus ou moins étendue des veines utérines, pouvant gagner les veines ovariques et celles de l'excavation pelvienne. C'est dans ces cas seulement qu'on peut trouver des abcès disséminés dans les poumons, le foie, la rate, les reins, les muscles, et des collections purulentes dans les articulations; ces lésions n'existent jamais lorsque le péritoine et les lymphatiques sont seuls affectés; mais dans plus de la moitié de ces cas j'ai trouvé une pleurésie simple ou double. Les lésions qui peuvent être observées du côté des autres viscères sont purement accidentelles et ne doivent pas être énumérées ici.

Symptômes. — La péritonite peut débuter pendant le travail même de l'accouchement; toutefois ce cas est très rare; mais c'est entre le deuxième

et le cinquième jour des couches qu'elle atteint la plupart des femmes. Presque toujours son début est marqué par un frisson plus ou moins intense, précédé, accompagné ou suivi d'une douleur abdominale plus ou moins vive, exacerbante, augmentant par la toux, la pression, etc. Elle commence presque toujours par la région hypogastrique ou par une des fosses iliaques; elle ne tarde pas à se rapprocher de l'ombilic, et finit par être générale. On remarque en même temps un ballonnement plus ou moins considérable du ventre. Le plus grand nombre des femmes éprouvent dès le début des nausées, quelquefois des hoquets, presque toujours des vomissements bilieux jaunes ou verdâtres; il y a de la constipation, et le plus souvent une diarrhée jaunâtre et sans coliques, surtout à dater du deuxième jour. La soif est vive, la langue humide et recouverte d'un enduit blanc, rarement jaunâtre, qui souvent se dessèche et brunit les jours suivants. La respiration est accélérée, à cause du peu d'étendue de l'inspiration; la chaleur de la peau est élevée; le pouls, parfois ample, dur, est le plus souvent petit et concentré; la face, d'abord animée, vultueuse, ne tarde pas à se gripper, et exprime la souffrance; enfin quelquefois les lochies se suppriment, ou du moins diminuent d'abondance; très souvent elles n'offrent aucun changement. La sécrétion lactée ne s'établit pas lorsque la péritonite débute avant la fièvre de lait; si au contraire elle lui est postérieure, la sécrétion est moins active, et presque toujours les seins s'affaissent promptement. Si la maladie continue à faire de nouveaux progrès, la douleur devient générale, elle s'irradie jusque dans les lombes; le ventre se ballonne encore plus; il rend partout un son tympanique, excepté vers les flancs, où l'épanchement séro-floconneux s'accumule. Cette distension des intestins par les gaz produit beaucoup d'anxiété et une grande gêne dans la respiration; en même temps les vomissements se rapprochent; les malades rejettent une bile verdâtre, porracée, épaisse, qui dans les derniers temps s'échappe sans effort et par un simple mouvement de régurgitation. Dans l'intervalle, beaucoup d'entre elles sont tourmentées par le hoquet; le pouls, toujours plus petit et dépressible, bat rarement moins de 130 à 140 fois par minute; la peau est inondée de sueur visqueuse; la face est pâle, terreuse; les traits sont tirés, les yeux caves, bordés de noir; les lèvres sont violacées et tremblotantes. La plupart des malades sont immobiles sur le dos, et dans un état d'accablement et de prostration; d'autres sont agitées par un délire qui est rarement furieux: les yeux sont hagards; les membres sont agités de tremblement. Enfin la mort survient dans un état comateux. Beaucoup de malades pourtant conservent toute leur intelligence jusqu'au dernier moment, et chez presque toutes la douleur abdominale diminue ou cesse complétement un ou plusieurs jours avant le terme fatal.

Marche, durée, terminaisons. — La maladie suit une marche plus

ou moins rapide : dans quelques épidémies, elle est vraiment *foudroyante*, puisque nous avons vu la mort survenir au bout de dix heures; mais le plus souvent alors il y a eu pendant quelque temps un état de malaise, sans douleur de ventre, qui n'a pas fixé l'attention; puis tout-à-coup les symptômes prennent une acuité extrême, et les malades sont emportées en quelques heures. Ce qui semble prouver que dans la plupart des cas il a dû y avoir avant les accidents suraigus une période où la maladie était *latente*, c'est l'étendue et le nombre des altérations cadavériques qu'on rencontre, et qu'on s'expliquerait à peine, si on ne pouvait fixer ce début à une époque un peu plus éloignée. Mais presque toujours cependant la péritonite puerpérale ne se termine d'une manière funeste qu'entre le sixième et le neuvième jour. Lorsque l'issue doit être favorable, l'amélioration commence en général avant cette époque par la diminution de la douleur, et surtout de la fréquence du pouls et du météorisme. Cet amendement n'est guère observé que lorsque la péritonite a été partielle, et dans ces cas elle est presque toujours hypogastrique. Mais du moment où elle est générale, ses symptômes sont toujours en progression, et sa terminaison est presque nécessairement funeste.

Complications.—La fréquence des différents symptômes que j'ai énumérés, leur combinaison, leur ordre de succession, leur marche et leur durée, varient à l'infini, suivant le génie des différentes épidémies. Ils sont aussi subordonnés au nombre et à la nature des altérations : ainsi, lorsqu'il y a péritonite ou métro-péritonite avec ou sans lymphangite, on observe toute la série des symptômes précédemment indiqués. Dans le cas pourtant où le tissu utérin participe à la phlegmasie, il cesse de revenir sur lui-même; il est flasque, mou; le col est gonflé, sensible; les lochies sont plus fétides. Si les veines sont envahies, et si c'est là la maladie prédominante, on constate tous les accidents de la phlébite utérine, tels que nous les avons décrits précédemment, p. 401. Nous avons prouvé tantôt combien fréquemment la pleurésie simple ou double venait compliquer la péritonite puerpérale. Cette complication n'est guère annoncée que par une dyspnée plus grande et une douleur sous-sternale : très rarement on observe un point de côté. La percussion et l'auscultation donnent les mêmes résultats que dans les pleurésies ordinaires; mais la souffrance des malades et la difficulté de les mettre à leur séant empêchent presque toujours de recourir à ces moyens d'exploration. Voilà pourquoi cette complication est presque toujours méconnue pendant la vie.

Diagnostic.—Lorsque tous les symptômes propres à la péritonite (douleur, météorisme, vomissements, fréquence du pouls, altération des traits) existent, le diagnostic est facile. Mais souvent la maladie commence d'une manière insidieuse, et il importe alors de pouvoir en saisir la nature dès

le début. Quoique la fièvre de lait s'annonce assez souvent par un frisson, on devra néanmoins être toujours inquiet d'un frisson intense après les couches, lors même qu'il surviendrait à l'époque où se déclare communément la fièvre de lait. Celui qui se manifeste dans les vingt-quatre premières heures de l'accouchement, ou après la cessation de la fièvre de lait, annonce presque toujours le début d'une péritonite. On devra se méfier encore du météorisme, lors même qu'il ne s'accompagnerait d'aucune douleur de ventre, même à la pression. La fréquence du pouls est le symptôme qui doit contrôler tous les autres et en déterminer la valeur : ainsi les douleurs de ventre existant avec un pouls calme ne se rattachent jamais à une phlegmasie péritonéale ; mais elles sont alors souvent produites par des caillots retenus dans l'utérus, ou par la constipation, que j'ai vue occasionner quelquefois chez les femmes en couches des douleurs atroces dans le ventre vers le huitième ou neuvième jour. Je ne reviendrai pas ici sur le diagnostic différentiel de la péritonite avec la métrite, l'ovarite, la cystite, la gastrite, le rhumatisme des parois. Chez la femme en couches, on pourrait en outre confondre la péritonite avec l'inflammation des symphyses ; mais dans cette dernière les douleurs sont fixes et siégent au niveau des articulations malades, et on les exagère beaucoup par le mouvement des membres inférieurs.

Pronostic. — La péritonite puerpérale est une des maladies les plus graves, et dont on ne peut espérer la guérison que lorsqu'elle reste circonscrite. Elle est surtout meurtrière lorsqu'elle règne épidémiquement, spécialement dans les hôpitaux, où alors on sauve à peine une femme sur vingt. Le péril est d'autant plus grand que la péritonite survient à une époque plus voisine de l'accouchement. Le météorisme, l'altération des traits, la dyspnée, sont des symptômes fâcheux. Le médecin devra surtout établir son pronostic d'après la considération du pouls ; ainsi, lors même que tous les autres symptômes s'amendent, si le pouls conserve sa fréquence, il faut craindre encore que la maladie n'ait une issue funeste. Un pouls petit et faible, qui bat plus de 120 fois par minute, la face grippée, les vomissements porracés, les sueurs froides, un météorisme considérable, sont les signes les plus fâcheux.

Etiologie. — Nous ignorons encore quelle est la fréquence de la maladie dans les régions intertropicales ; mais tous les relevés statistiques s'accordent pour prouver que la fièvre puerpérale règne à peu près avec une égale intensité dans les différentes contrées de l'Europe. Des idées contradictoires ont été émises sur l'influence qu'exercent les saisons ; cependant il paraît démontré que généralement la maladie est plus commune pendant les saisons froides et humides. Elle atteint spécialement les femmes qui accouchent dans les hôpitaux, et où la maladie règne souvent d'une manière épidémique. Des observations nombreuses

faites dans tous les pays ont démontré que l'encombrement des salles, le non-renouvellement de l'air, le voisinage de foyers d'infection, étaient les causes les plus ordinaires de ces épidémies meurtrières qui règnent presque tous les ans dans la plupart des maternités de l'Europe. Mais nulle part peut-être on ne vit les épidémies plus nombreuses et plus meurtrières qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris, il y a à peine un demi-siècle, où, comme on peut s'en convaincre par la lecture du célèbre rapport de Ténon, existaient au plus haut degré les causes d'insalubrité précédemment énumérées. Cependant il est un grand nombre d'épidémies que l'on voit naître dans les établissements publics consacrés aux femmes en couches, à des époques où toutes les règles hygiéniques sont sévèrement observées; il faut alors invoquer une constitution épidémique particulière dont la cause intime nous échappe, mais qui souvent alors étend son influence chez les femmes accouchées en ville, qu'elle atteint toutefois moins vivement et en moins grand nombre que celles qui ont cherché un refuge dans les établissements hospitaliers. Pour quelques personnes pourtant, l'influence épidémique ne suffirait pas pour expliquer le développement de la péritonite sur un grand nombre de femmes: aussi a-t-on supposé, à différentes époques, un caractère contagieux à la maladie; mais cette opinion, qui a surtout trouvé des défenseurs en Angleterre, et que Clarke a appuyée de son autorité, n'est ni démontrée ni même probable.

Indépendamment des causes générales que nous venons d'énumérer, il est encore quelques circonstances particulières qui exposent davantage les femmes à la péritonite. C'est ainsi que la maladie atteint surtout les femmes qui pendant leur grossesse ont eu de violents chagrins, celles qui ont été exposées aux tourments de la faim et à toutes les privations que produit la misère. Il est incontestable que la péritonite atteint aussi beaucoup plus souvent les femmes primipares, celles qui ont eu un accouchement laborieux, surtout lorsqu'il a fallu recourir pour le terminer à l'introduction de la main ou du forceps. La rétention du placenta et la délivrance artificielle sont encore des causes très actives de péritonite. Nous en dirons autant des hémorragies utérines, qui agissent peut-être moins par l'affaiblissement qu'elles produisent que par les manœuvres et les remèdes qu'on emploie pour les arrêter. Cependant, dans la plupart des cas, la péritonite se développe spontanément et sans qu'on puisse saisir l'action d'aucune cause efficiente; d'autres fois, la maladie succède manifestement à une indigestion, à l'impression du froid, et surtout aux émotions morales. Quant à la suppression des lochies et du lait, qu'on a invoquée pendant longtemps comme la cause principale du développement des péritonites, nous dirons que ces causes sont purement hypothétiques; car l'observation journalière démontre que la diminution ou la suppression des sécrétions lochiales et laiteuses sont

bien plus souvent l'effet que la cause des péritonites. Rien ne prouve d'ailleurs que la maladie soit moins commune chez les femmes qui allaitent.

Traitement. — 1° *Prophylaxie.* Pour prévenir la péritonite puerpérale, il faut entourer les femmes de toutes les conditions hygiéniques favorables : elles vivront dans une température douce, uniforme, dans un repos absolu de corps et d'esprit; on entretiendra la liberté du ventre par des lavements ou par quelques laxatifs doux; on préviendra la rétention de l'urine dans la vessie; on favorisera par la position, et au besoin par quelques injections vaginales, l'écoulement des lochies, surtout si elles étaient fétides. Enfin, soit pour l'accouchement, soit pour la délivrance, soit dans les cas d'hémorragies, on n'aura recours aux manœuvres que lorsqu'une absolue nécessité en fera un devoir.

Pour les femmes qui accouchent dans les hôpitaux, il faut de toute nécessité empêcher qu'il y ait jamais encombrement; on éloignera toutes les causes capables d'infecter, de corrompre l'air. On devra préférer de petites salles de dix à douze lits, bien exposées, bien aérées, et séparées par de grands corridors, à des salles vastes, dans lesquelles il y a toujours des causes d'infection plus nombreuses, et où le renouvellement de l'air est toujours plus difficile.

2° *Traitement curatif.* Le plus grand désaccord règne parmi les médecins sur le traitement le plus convenable à opposer aux péritonites puerpérales. Mais l'expérience a prouvé qu'il ne pouvait y avoir pour cette maladie aucune méthode uniforme de traitement, et que le choix des remèdes devait être déterminé, non seulement par la forme de la maladie, mais peut-être plus encore par le genre ou le caractère de l'épidémie. Les saignées sont presque toujours utiles, surtout au début; mais leur emploi exige les plus grandes précautions, et on ne doit procéder qu'avec la plus grande réserve, même dans les cas où la maladie s'annonce avec des caractères franchement inflammatoires; car il suffit souvent alors d'une saignée même modérée pour voir la prostration succéder à l'exaltation des forces. On devra donc ne faire que de petites saignées, c'est-à-dire de 200 à 300 grammes, sauf à les renouveler si elles étaient convenablement supportées. Lorsque l'état du pouls et des forces le permet, on aura recours concurremment aux saignées générales et à l'application d'un certain nombre de sangsues (20 ou 30) sur le ventre; la saignée locale seule serait indiquée si, dès le début, la maladie s'accompagnait d'accidents typhoïdes. En même temps on recouvrirait le ventre de fomentations ou de cataplasmes émollients; mais on devra s'abstenir communément de donner des bains, en raison des refroidissements auxquels ils exposent. Nous en dirons autant des injections vaginales, auxquelles nous n'avons jamais reconnu d'utilité. Enfin, s'il y a constipation, on la combattra par des doux laxatifs.

Cependant, dans la plupart des cas, les antiphlogistiques sont im-

puissants pour arrêter la marche de la maladie ; d'autre part, il est des épidémies dans lesquelles ces moyens sont constamment nuisibles. Les auteurs ont préconisé alors diverses médications qui n'ont eu que des succès éphémères : tels sont l'ipécacuanha, donné par Doulcet, en 1782, à dose vomitive ; l'huile de térébenthine, donné, par Brunan à la dose de 4 à 8 grammes par jour ; enfin les préparations mercurielles, qui, employées en 1764 par R. Hamilton, furent popularisées en France par Chaussier et Velpeau. Ce dernier moyen est le seul qui mérite quelque confiance en l'employant comme il a été dit plus haut (page 497), mais en doublant et triplant même les doses. Dans les fièvres puerpérales graves, il y aura avantage à prescrire les mercuriaux dès le début et concurremment avec les émissions sanguines.

La prédominance de quelques symptômes a fait préconiser encore quelques médications : ainsi les toniques et surtout le kina ont été vantés dans la forme adynamique ; les vésicatoires, le camphre et les autres antispasmodiques ont été conseillés contre les accidents nerveux ataxiques. Mais ces moyens, quoique rationnels, ne sont presque jamais couronnés de succès. Il est enfin des complications ou des symptômes incommodes auxquels on opposera une médication spéciale : ainsi la diarrhée est combattue par les mucilagineux et l'opium ; les vomissements, par les eaux gazeuses, par la glace, et s'ils résistent, on donnera un demi-gramme ou 1 gramme d'ipécacuanha. Enfin, lorsqu'il existe un météorisme considérable qui gêne la respiration, on fera sur le ventre des frictions avec l'huile de camomille camphrée. Je ne dis rien des moyens qu'on a conseillés pour rappeler les lochies supprimées et exciter la sécrétion du lait, car ces précautions sont tout-à-fait illusoires.

Nature. — Il est inutile d'insister ici pour prouver la nature inflammatoire des altérations cadavériques : personne ne le conteste plus aujourd'hui ; mais quelques médecins, revenant aux idées anciennes, sont portés à considérer ces lésions bien moins comme le point de départ ou le caractère essentiel de la maladie que comme la conséquence d'un état général, d'une sorte d'infection du sang : lésion insaisissable, qui seule constituerait d'après eux l'essence de la maladie. Suivant les idées qui menacent de se répandre aujourd'hui en France, il faudrait donc admettre encore une fièvre puerpérale, c'est-à-dire une affection générale pyrétique formant un genre à part dans la classe des fièvres. Mais cette opinion ne nous semble nullement fondée. Pour la défendre, on s'appuie surtout de quelques cas exceptionnels, dans lesquels on aurait vu des malades succomber avec tous les symptômes de la fièvre puerpérale, sans que l'autopsie révélât aucune altération dans les solides. Mais ces observations, à supposer qu'elles aient été bien recueillies, sont tellement rares qu'on ne saurait s'en prévaloir pour établir une théorie de la maladie qui serait en contradiction formelle avec la presque universalité des faits. Il

n'est pas vrai d'ailleurs que, dans les cas qu'on cite comme des exemples de fièvres puerpérale sans lésions, celles-ci aient réellement fait défaut; elles étaient seulement peu nombreuses. Enfin, si, dans quelques cas, je le répète, excessivement rares, on n'a rencontré aucune lésion appréciable dans les solides, cela n'a eu lieu que lorsque la maladie, suivant une marche rapide et foudroyante, n'a pas eu le temps de se caractériser et n'a pas permis à l'inflammation de dépasser la période congestive; ceci n'offre rien d'extraordinaire et qu'on ne retrouve dans quelques autres maladies analogues.

Dans l'état actuel des choses, il faut regarder les femmes en couches comme étant, par le fait seul de l'état puerpéral, éminemment prédisposées à contracter certaines phlegmasies qui, en raison de cette même condition étiologique, suivent une marche plus rapide. Ajoutons en outre que les maladies puerpérales, phlébite, péritonite, lymphite, régnant souvent épidémiquement, éprouvent en raison de cette circonstance des modifications dans leur marche et leur physionomie, sans impliquer néanmoins un changement de nature. Nous concluons que la fièvre puerpérale n'existe pas, que les symptômes qu'on a rattachés à cette maladie dépendent toujours d'une phlébite utérine, d'un état de putrescence ou de gangrène de l'utérus, et avant tout d'une péritonite ou d'une métro-péritonite; que la gravité des symptômes, leur marche rapide, et la disproportion qui existe quelquefois entre les lésions cadavériques, s'expliquent par la constitution épidémique et par l'état puerpéral, qui par lui-même constitue une prédisposition aux maladies précédentes, et est de plus une circonstance aggravante.

DE LA PÉRITONITE AIGUE CONSÉCUTIVE OU SYMPTOMATIQUE.

Causes des péritonites consécutives. — Nous avons dit précédemment combien étaient rares les péritonites spontanées et primitives, si l'on excepte pourtant celles qui se développent pendant l'état puerpéral. En effet, presque toutes les péritonites qui surviennent d'une manière spontanée en apparence, et qui entraînent la mort des malades, ont leur point de départ dans quelque lésion des viscères ou des parois de l'abdomen. Ainsi le péritoine s'enflamme quelquefois à une période avancée des cancers de l'utérus, de l'estomac, des intestins et du foie, ce qui dépend très souvent de ce qu'une petite quantité d'ichor ou de pus cancéreux a été mise en contact avec la membrane séreuse. Des anévrismes volumineux de l'aorte et des artères iliaques ont aussi déterminé quelquefois des péritonites, tantôt par suite de l'excitation permanente que ces tumeurs entretiennent dans le péritoine, plus rarement par suite de l'épanchement d'une certaine quantité de sang consécutive à l'éraillement où à une petite perforation des parois. La pé-

ritonite peut être produite par une gangrène des intestins, et avant que, par la séparation de l'escarre, les liquides et les gaz aient pu s'épancher dans le ventre; c'est ce qu'on voit fréquemment après l'opération de la hernie, c'est ce qu'on observe également dans les étranglements internes. Mais presque toutes les péritonites symptomatiques sont consécutives à la rupture d'un abcès ou d'un kyste, ou à la perforation d'un des organes creux renfermés dans la cavité abdominale. De toutes les altérations qui sont ainsi causes de péritonite, la plus commune, sans contredit, est la perforation intestinale survenant, dans le cours de l'affection typhoïde, au centre d'une ulcération. Enfin, il ne faut pas ignorer que la perforation peut siéger sur un point de l'appendice vermiforme du cœcum, et qu'elle peut être produite, comme pour le reste de l'intestin, par une ulcération typhoïde ou tuberculeuse; mais plus souvent elle est le résultat d'une inflammation simple ou gangréneuse, ou d'une déchirure opérée par un corps étranger, comme une esquille d'os, ou une arête de poisson.

Anatomie pathologique. — Les péritonites qui sont consécutives aux causes que je viens d'énumérer ont les mêmes caractères anatomiques que les péritonites simples. Presque toujours elles sont générales, mais communément on trouve que la rougeur est d'autant plus vive, et les fausses membranes sont d'autant plus abondantes, qu'on se rapproche davantage de la perforation. De plus, on trouve encore épanchée dans le péritoine une plus ou moins grande quantité des liquides contenus dans l'organe perforé. En outre, lorsqu'il y a eu perforation de l'estomac ou des intestins, on rencontre aussi une certaine quantité des gaz qui se dégagent avec bruit à l'instant où le scalpel pénètre dans le péritoine. Ces liquides étrangers, et particulièrement les fluides intestinaux, n'existent souvent qu'en proportion tellement minime, qu'ils ne font que colorer en jaune ou en brun les fausses membranes; mais cet indice suffira pour indiquer le point de départ des accidents. Quoi qu'il en soit, lors même que le liquide ne diffère en rien, par son aspect, de celui qu'on trouve dans les péritonites simples, on devra néanmoins, eu égard à la rareté de ces dernières, examiner toujours avec le plus grand soin les parois de l'abdomen et tous les organes contenus dans cette cavité, sans oublier jamais l'appendice vermiculaire du cœcum. On devra non seulement toucher et voir chaque anse intestinale en particulier, mais il faudra encore, dans le cas où on ne trouve pas d'abord la lésion, insuffler l'intestin sous l'eau; sans cette précaution, des perforations très petites, n'admettant par exemple que la pointe d'une fine épingle, pourraient passer inaperçues. On ne devra jamais non plus négliger d'explorer avec soin la vésicule biliaire, qui non seulement peut produire une péritonite en se perforant, mais encore lorsque, par une sorte d'usure de ses parois, elle a permis à la bile de transsuder dans le péritoine. C'est ainsi que j'ai vu deux femmes

être emportées, dans le cours d'une fièvre typhoïde, par une péritonite suraiguë, qui ne reconnaissait d'autre cause qu'une altération de la vésicule du fiel, dont les parois ténues et poreuses comme une toile d'araignée avaient permis à la bile de fluer dans le péritoine.

Symptômes. — Lorsque les causes qui produisent les péritonites consécutives agissent autrement que par l'introduction d'une substance irritante dans la cavité séreuse, l'inflammation ne diffère pas par son mode d'invasion et par sa marche de celle qui survient spontanément. Mais il n'en est plus de même lorsque la maladie se déclare à la suite de la perforation d'une cavité naturelle ou accidentelle; dans ces cas, le moment où la perforation s'opère, ou plutôt l'instant où les fluides se trouvent en contact avec le péritoine, est marqué par des accidents graves, et qui ont quelque chose de caractéristique. Ainsi, presque tous les malades ressentent tout-à-coup dans le ventre, et ordinairement dans le point où s'opère la perforation, une douleur déchirante, s'irradiant bientôt dans tout l'abdomen, augmentant par la pression, et s'accompagnant presque aussitôt de frissons violents, de la décomposition des traits, de nausées, de vomissements, de l'accélération et de la petitesse du pouls, enfin de la suppression des selles lorsque la péritonite est consécutive à une perforation intestinale. Dans quelques cas, la douleur, quoique vive, se calme bientôt; le ventre tuméfié est à peine sensible quand on le presse : aussi beaucoup de malades cessent de se plaindre, et espèrent une prompte guérison. Mais le médecin ne saurait jamais partager cette illusion, lorsqu'il voit persister et s'accroître les nausées, les vomissements, l'altération des traits, la fréquence, la petitesse du pouls, et le refroidissement du corps. C'est, en effet, au milieu de ces accidents, et généralement après deux ou trois jours de souffrance, souvent au bout de dix-huit à vingt heures seulement, que presque tous ces malades succombent. La mort n'est pourtant pas une terminaison inévitable; car il peut arriver que la portion du péritoine dans laquelle le liquide irritant s'épanche soit rapidement séquestrée du reste de la séreuse par la prompte organisation des fausses membranes. Dans ces cas, la péritonite est toute locale; elle peut alors guérir, soit que l'épanchement se résorbe, soit qu'il se fraie une issue à travers les parois abdominales ou à travers l'intestin: de sorte que la perforation de cet organe, qui avait été la cause de la maladie, peut en être le moyen curatif. Mais un pareil résultat est fort rare; car, d'une part, la péritonite par perforation n'est presque jamais locale, et d'autre part, les mouvements incessants du tronc et des viscères et l'issue des nouvelles portions de fluides détruisent sans cesse les adhérences qui tendraient à se former.

Diagnostic. — La douleur vive du ventre débutant brusquement, augmentant par la pression, et s'accompagnant des autres accidents des péri-

tonites suraiguës, indique une inflammation du péritoine produite par la pénétration dans cette membrane d'un fluide irritant. Dans quelques cas pourtant la péritonite par perforation peut être latente, c'est-à-dire que la douleur manque absolument : on n'observe alors qu'une décomposition profonde des traits, quelques vomissements, avec une fréquence et une petitesse extrêmes du pouls. Cela n'a lieu que lorsque la perforation s'opère chez des sujets extrêmement affaiblis par une maladie déjà longue et qui a complétement émoussé la sensibilité. Nous avons vu encore cette douleur manquer lorsque, la perforation survenant dans le cours d'une péritonite chronique, les matières irritantes s'épanchaient dans un péritoine déjà recouvert de fausses membranes épaisses.

La péritonite par perforation une fois diagnostiquée, on recherchera le point de départ de la maladie; pour le déterminer, on aura égard aux antécédents et aux circonstances au milieu desquelles l'individu se trouve. Ainsi, les signes de perforation surviennent-ils chez un sujet atteint de dothinentérie ou de phthisie, on soupçonnera une perforation intestinale. Si, au contraire, les malades portaient dans quelque partie du ventre une tumeur fluctuante qui s'est affaissée ou a diminué de volume au moment de la manifestation des accidents de péritonite, on regardera celle-ci comme ayant été produite par la perforation ou la rupture de la tumeur dont je parle.

Pronostic. — Il est peu de maladies qui soient aussi graves que la péritonite par perforation.

Traitement. — Tous les traitements que nous avons conseillés dans les deux premières espèces de péritonites seraient ici inutiles ou irrationnels. Il faut, dans ce cas, empêcher l'issue d'une nouvelle quantité de liquide, et favoriser la formation d'adhérences protectrices Pour cela, et quel que soit l'organe perforé, on condamnera le malade au repos le plus absolu, à l'immobilité la plus complète; on évitera qu'aucune espèce de pression soit exercée sur le ventre. Si, comme cela a presque toujours lieu, la perforation siége sur un point des organes digestifs, on privera les malades de boire et on étanchera leur soif en ne leur donnant que quelques morceaux de glace, ou en les faisant gargariser avec de l'eau fraîche, ou encore en leur faisant sucer des quartiers d'orange. Si c'était la vessie perforée qui donnât lieu aux accidents, on mettrait dans ce réservoir une sonde à demeure, et on la laisserait toujours débouchée pour empêcher toute accumulation d'urine dans l'organe. Dans tous ces cas, et surtout lorsqu'il existe une perforation intestinale, il faut, d'après les conseils de deux médecins habiles, les docteurs Graves et Stokes, administrer de suite l'opium à haute dose, ainsi que nous l'avons recommandé précédemment (voir p. 50). Ces moyens ne devraient pas faire négliger les antiphlogistiques si l'état du pouls l'indiquait, mais il convient de n'y avoir recours qu'avec mesure; il est rare d'ailleurs de les voir même

soulager les malades, et je ne crois pas qu'ils aient jamais guéri personne. Il en est de même des mercuriaux.

DE LA PÉRITONITE CHRONIQUE.

La péritonite chronique se présente assez fréquemment dans la pratique. Cette forme de la maladie est très rarement consécutive à la péritonite aiguë ; mais presque toujours elle survient primitivement. Elle peut être partielle ou générale : elle est rarement simple, mais communément elle se complique de la présence de tubercules ou de tumeurs cancéreuses dans le ventre.

Caractères anatomiques. — Chez les sujets qui succombent à la péritonite chronique, j'ai trouvé un épanchement ascitique à peine dans un dixième des cas. Il est parfois blanc, opaque, tout-à-fait purulent; plus souvent il n'est que séro-floconneux ; mais ordinairement il n'existe point ou à peine d'épanchement liquide. La paroi abdominale antérieure, aplatie, déformée, adhère intimement avec l'épiploon et les intestins grêles. Souvent à l'ouverture du ventre on n'aperçoit aucun des viscères contenus dans cette cavité, et notamment le tube intestinal, à cause des fausses membranes qui les recouvrent. Celles-ci sont épaisses, grisâtres ou noirâtres, consistantes, ou bien molles, friables, et d'un aspect amorphe. En les incisant ou en les séparant, on trouve au-dessous d'elles le tube intestinal, et surtout les intestins grêles, rétractés au-devant de la colonne vertébrale et collés entre eux. Souvent ils sont tellement adhérents qu'il est impossible de les isoler. Lorsqu'on peut y parvenir, on reconnaît que l'intestin a beaucoup moins de longueur ; son diamètre est moins considérable, et ses parois, qui ont subi une véritable atrophie, semblent n'être plus formées que par les tuniques interne et externe. Dans quelques cas rares, les fausses membranes ont une autre disposition : elles sont organisées, transformées en un tissu lamineux, celluleux, dense, qui, dans quelques points, a subi les transformations fibreuse ou cartilagineuse. Cette disposition, quoique peut-être un peu moins défavorable que la précédente, apporte cependant beaucoup de gêne aux fonctions des organes abdominaux, qui sont comprimés et tiraillés par ces brides qui croisent en tous sens la cavité du ventre.

Dans la presque totalité des cas, c'est-à-dire onze fois sur douze, nous avons trouvé des tubercules, tantôt dans les fausses membranes, plus souvent sous la tunique péritonéale des intestins. Ces tubercules sont tantôt rares; d'autres fois ils sont agglomérés en grand nombre, et à différents degrés de développement, depuis l'état miliaire jusqu'au ramollissement. Il en existe aussi à la face interne des intestins, où ils produisent des ulcérations. Celles-ci peuvent devenir la cause d'une perforation, et alors on trouve un épanchement de matière stercorale dans

tout le péritoine, à moins que la perforation ne se soit établie dans un petit espace circonscrit par des fausses membranes. Enfin, on voit quelquefois une communication accidentelle s'établir entre deux anses intestinales accolées l'une à l'autre, et cette perforation est produite, tantôt par une ulcération développée à la face interne de l'une d'elles; d'autres fois, c'est un abcès tuberculeux formé dans les fausses membranes, et qui s'ouvre à la fois dans les deux anses d'intestin qui lui sont contiguës.

Annoncer la présence des tubercules dans le péritoine et les intestins, c'est dire qu'il y en a presque toujours dans les poumons. Nous n'avons, en effet, observé qu'une seule exception à cette règle. Presque toujours les tubercules pulmonaires, à en juger du moins par leur développement, semblaient antérieurs à ceux du ventre. En résumé, il suit de ce qui précède que la péritonite chronique est presque toujours tuberculeuse. Nous avons vu, en effet, les tubercules ne manquer qu'*une fois*, et, dans ce cas, il y avait déjà de ces productions dans les poumons, de sorte qu'il est naturel de penser que si le malade avait succombé un peu plus tard, il s'en serait également développé dans les intestins et les fausses membranes du péritoine. Ce résultat est à peu près conforme à celui de M. Louis, qui, jusqu'à présent, n'a rencontré la péritonite chronique que chez des sujets tuberculeux. Nous croyons d'ailleurs que, dans aucun cas peut-être, les tubercules péritonéaux ne sont *primitifs;* mais ils ne se développent que consécutivement à l'inflammation de la séreuse. Deux fois j'ai vu la péritonite chronique survenir dans le cours d'un cancer envahissant le grand épiploon, et une fois chez une femme atteinte de carcinome utérin; les lésions étaient les mêmes que tantôt, sauf qu'il n'existait point de tubercules dans les fausses membranes.

Symptômes. — Le début de la péritonite est presque toujours obscur. Les malades se plaignent de douleurs de ventre obtuses, profondes, quelquefois vives, lancinantes, apparaissant à d'assez longs intervalles, sous forme de paroxismes qui durent un ou plusieurs jours, pendant lesquels les malades sont forcés de rester en repos. Les coliques s'accompagnent, en général, de diarrhée, quelquefois de constipation; le plus souvent ces deux symptômes alternent entre eux. Bientôt les digestions sont difficiles; le malade languit, maigrit, se décolore, et perd plus ou moins rapidement ses forces. Chez quelques uns, le ventre grossit, par suite du météorisme des intestins et du liquide qui s'épanche dans le péritoine (Louis). L'abdomen donne alors un son mat inférieurement, et on y perçoit le phénomène de la fluctuation. Cet épanchement est rarement considérable : nous l'avons vu une seule fois être de 2,000 grammes. Il diminue et augmente irrégulièrement. Enfin, il finit le plus souvent par se résorber entièrement. Lorsqu'il n'existe point de liquide, le ventre est déformé, aplati vers l'ombilic; d'autres fois, au contraire, cette partie

est plus saillante ; la maigreur des parois permet souvent de sentir le relief formé par les anses intestinales qui sont dilatées par des gaz, et qui résonnent sous la percussion. D'autres fois, on sent une ou plusieurs tumeurs plus ou moins volumineuses, formées par l'agglomération de plusieurs anses intestinales, et qui donnent un son clair ou obscur, suivant qu'il existe peu ou beaucoup de fausses membranes. La pression réveille en général des douleurs dans un ou plusieurs points du ventre. En palpant la paroi abdominale, il est facile de constater qu'elle n'a pas sa souplesse ordinaire ; mais elle offre une tension permanente, une rénitence et une dureté particulières que je regarde comme le signe pathognomonique de la maladie. Tous les malades atteints de péritonite chronique éprouvent, à différentes époques de leur maladie, des vomissements en général verdâtres, et que nous avons vus plusieurs fois persister pendant quelques mois avec une opiniâtreté désespérante. Tous ont de la diarrhée, les uns d'une manière continue, d'autres de temps en temps. Chez quelques uns, les aliments sont rendus intacts ou à moitié digérés (lienterie), ce qui dépend, tantôt d'une simple perversion des forces digestives, d'autres fois de ce qu'une perforation, s'étant établie entre le jéjunum et une portion du gros intestin, les aliments sont rejetés avant d'avoir pu subir une élaboration suffisante. On conçoit que, dans ces cas, heureusement fort rares, les malades sont exactement dans les mêmes conditions que ceux qui ont un anus contre nature dans un point voisin de l'estomac : aussi voit-on alors l'amaigrissement faire des progrès rapides, et la mort survenir dans le marasme. Lorsque la péritonite est simple, ou lorsqu'il y a peu de tubercules, quelques malades s'éteignent sans présenter de fièvre : cependant presque tous ont une fièvre lente qui présente tous les caractères de la fièvre hectique. Enfin il est inutile de dire que, très fréquemment, aux symptômes abdominaux se joignent les signes propres à la consomption pulmonaire. Indépendamment des phénomènes précédents, qui existent presque constamment, il en est quelques uns d'accidentels et qui dépendent de la compression que les anses intestinales et les fausses membranes, formant tumeur, exercent sur quelques organes. C'est ainsi que nous avons vu une malade se plaindre de dysurie ; chez une autre, l'utérus était dévié. Enfin nous avons observé, avec M. Chomel, une sciatique très douloureuse, qui résista à tous les moyens de traitement, et qui était produite par la compression du nerf sciatique correspondant. La péritonite chronique nous a offert quelques légères différences dans les cas où elle dépendait de la présence d'un carcinome épiploïque ou utérin. Le ventre alors était le siége de douleurs lancinantes qu'on n'observe ni dans la péritonite chronique simple, ni dans celle qui est tuberculeuse ; l'épanchement ascitique a été permanent et n'a jamais complétement cessé. On voyait de plus, dans les cas de cancer épiploïque, se dessiner à la région moyenne

du ventre une tumeur dure et bosselée ; soulevant la paroi abdominale, qui ne présentait point ailleurs la dureté et la résistance que nous avons notée tantôt comme un signe caractéristique : aussi la péritonite a-t-elle été méconnue chez ces deux malades.

Marche, durée, terminaisons. — La péritonite chronique a une marche lente ; souvent elle reste stationnaire pendant quelque temps, très rarement elle semble rétrograder ; mais presque toujours la maladie suit lentement une marche ascendante ; enfin elle se termine presque nécessairement par la mort, après une durée qui varie entre deux mois et deux ans. Sa durée moyenne peut être fixée à sept mois. Presque tous les malades succombent épuisés ; chez d'autres, c'est une perforation intestinale ou une pneumonie qui accélère le terme fatal. Cependant nous rappellerons que la perforation intestinale et l'épanchement stercoral, ayant lieu dans un péritoine recouvert d'épaisses fausses membranes, peuvent avoir lieu sans exciter l'appareil symptomatique formidable que nous avons précédemment décrit : aussi la douleur manque presque toujours. Quelquefois on ne constate qu'une altération profonde des traits, et un affaissement subit des forces, ce qui indique quelque maladie intercurrente, sans en caractériser aucune. Enfin, un fait rapporté par M. Andral (fait unique jusqu'à présent) prouve qu'une perforation intestinale peut s'établir dans le cours d'une péritonite chronique, non seulement sans réveiller aucun trouble particulier, mais encore en n'empêchant pas le malade de vivre encore pendant six semaines.

Diagnostic. — La péritonite chronique est d'un diagnostic difficile au début ; on ne peut, en effet, que la *soupçonner* lorsque les malades ne se plaignent encore que de douleurs sourdes, de coliques passagères, avec diminution dans l'embonpoint et les forces. Ce n'est que lorsqu'il se forme un épanchement dans le ventre, et que les parois abdominales déformées offrent la rénitence et la dureté dont j'ai parlé, que le diagnostic peut être sûrement établi.

La péritonite chronique peut être partielle. Lorsqu'elle occupe l'excavation, elle est d'un diagnostic presque impossible ; ailleurs, la douleur, la rénitence des parois, la sensation d'une tumeur bosselée et inégalement sonore, permettront d'être fixé sur la nature de la maladie. En général, cette espèce de péritonite est presque toujours consécutive à quelque cancer viscéral, comme un cancer de l'estomac, de l'utérus, des reins, et un abcès des fosses iliaques, etc.

Pronostic. — Il n'est pas encore prouvé qu'on ait jamais vu guérir une péritonite chronique un peu étendue. Il est inutile de dire que cette guérison ne peut être observée que dans les cas, excessivement rares, où la maladie est primitive et dégagée de toute complication tuberculeuse ou cancéreuse.

Traitement. — Le rôle du médecin se borne presque toujours à une

médecine palliative. C'est ainsi qu'on entretiendra les forces par une alimentation douce. On prescrira le repos; on combattra le dévoiement par les mucilagineux et les opiacés. Si les douleurs sont vives, on appliquera des cataplasmes, et au besoin même quelques sangsues; on donnera des bains généraux ou locaux. Les vomissements opiniâtres seront combattus par les boissons gazeuses et la glace. Si l'épanchement ascitique devenait trop abondant, on le viderait par une ponction. Enfin, comme l'incurabilité absolue de la péritonite n'est pas encore démontrée, comme elle peut quelquefois ne point se compliquer de la présence de tubercules, il convient d'employer peut-être quelques moyens actifs, dans l'espoir de favoriser la résorption des fausses membranes. C'est ainsi que l'on aura recours aux frictions mercurielles et iodées, aux eaux minérales alcalines, sulfureuses, en bain, boisson et douches; enfin, on établira sur le ventre plusieurs exutoires puissants, comme sétons, moxas ou cautères.

INFLAMMATIONS DU TISSU CELLULAIRE.

DU PHLEGMON DES CAVITÉS SPLANCHNIQUES.

Le tissu cellulaire des cavités splanchniques est susceptible de s'enflammer comme celui des autres parties du corps. En parlant ici de phlegmons splanchniques, je n'entends désigner par là que ceux qui se développent dans la poitrine et l'abdomen; car il est inutile de dire qu'il n'en existe pas dans le crâne, puisqu'on ne rencontre dans cette cavité qu'une très petite quantité de tissu cellulaire lamineux, et par conséquent peu susceptible d'inflammation. Il n'en est plus de même dans la poitrine, où, notamment dans les deux espaces triangulaires qu'on nomme *médiastins*, existe en abondance du tissu cellulaire qui peut s'enflammer d'emblée ou consécutivement à l'altération d'un autre organe. Mais c'est surtout dans la cavité abdominale, et notamment dans sa moitié inférieure, qu'on observe l'inflammation du tissu cellulaire. C'est ce qui s'explique par le grand nombre d'organes qui y sont contenus, par les altérations diverses dont ils sont le siége, et les changements rapides et variables que l'état physiologique amène dans leur volume et leur situation. Ajoutons enfin que le tissu cellulaire abdominal, protégé seulement par des parois molles, est plus susceptible de recevoir l'impression des causes extérieures que celui du thorax, que protègent des parois solides et élastiques.

DES PHLEGMONS ET DES ABCÈS DES MÉDIASTINS.

Le tissu cellulaire des médiastins, surtout celui du médiastin antérieur, s'enflamme quelquefois. Cependant cette affection est fort rare : aussi ne possédons-nous encore sur elle que des renseignements tellement incomplets, qu'il n'est peut-être pas encore possible d'en tracer l'histoire. Voici pourtant ce qu'on sait de plus positif à ce sujet.

Symptômes, *marche*, *terminaisons*. — Lorsque l'inflammation est primitive, ou lorsqu'elle succède à une violence extérieure, les malades accusent derrière le sternum une douleur profonde et vive, s'accompagnant de fièvre, de gêne dans la respiration, d'une anxiété qui est en rapport avec l'étendue de la phlegmasie et le degré de compression que la tumeur inflammatoire exerce sur le cœur, les vaisseaux et la trachée. La mort peut arriver dès cette période, au milieu des palpitations, des syncopes et des angoisses les plus grandes. Presque toujours le phlegmon se termine par suppuration ; dans ce cas, peu après que les accidents ont été portés à leur summum d'intensité, on observe cette série de symptômes généraux annonçant la présence du pus. Souvent alors les phénomènes de compression augmentent ; le cœur est dévié à gauche, sans voussure à la région précordiale ; les battements cessent d'être perçus sur le sternum, qui rend à la percussion un son complétement mat. Lorsque la suppuration du médiastin est consécutive à une carie ou à une nécrose du sternum, on n'observe point les symptômes aigus inflammatoires que nous avons précédemment notés. Les malades accusent seulement une oppression toujours croissante, une gêne et une douleur obtuse derrière le sternum. Ces derniers symptômes sont également ceux qui paraissent se remarquer le plus communément lorsque le pus, au lieu de s'être formé dans le médiastin, y arrive de points plus ou moins éloignés, comme lorsqu'un abcès du cou fuse derrière le sternum. Cependant, dans ces cas, les phénomènes ne sont pas toujours exactement les mêmes ; car tantôt on n'observe que des accidents de compression ; d'autres fois, l'arrivée du pus au milieu d'un tissu cellulaire sain enflamme celui-ci à son tour, et on voit alors survenir tous les troubles que nous avons décrits précédemment en parlant des phlegmons primitifs.

Le pus, accumulé dans les médiastins, et surtout dans le médiastin antérieur, tend toujours à se porter au-dehors ; le plus souvent il se fraie une issue à travers le sternum, surtout lorsque cet os est carié ou qu'il s'est fracturé. Dans le cas contraire, il s'échappe par un espace intercostal et par un point voisin du bord latéral du sternum. Quelquefois encore le pus, fusant à l'une ou l'autre des extrémités du médiastin, vient former tumeur au-dessus de la fourchette sternale ou au voisinage

de l'ombilic. La rupture de l'abcès, dans la plèvre, est peut-être la terminaison la plus rare ; cependant elle a été quelquefois observée, comme on le voit par la neuvième observation du mémoire de Lamartinière. Quoi qu'il en soit, lorsque ces abcès tardent à s'ouvrir, ils finissent par amener de graves désordres et de vastes décollements ; c'est ce qui fait qu'après leur ouverture à l'extérieur le pus stagne presque toujours dans quelque point du foyer ; de là des accidents de résorption et des caries consécutives. Enfin, Lamartinière a vu dans un cas l'artère mammaire interne dénudée et ulcérée donner lieu à une hémorrhagie grave.

Diagnostic. — Les phlegmons et les abcès du médiastin sont, en général, difficiles à reconnaître. Cependant une douleur habituelle derrière le sternum, plus ou moins vive, avec matité, déviation du cœur s'accompagnant de fièvre, et plus tard des symptômes généraux annonçant une collection purulente ne pourraient guère se raporter à une autre affection qu'à une phlegmasie du médiastin ; car l'auscultation et la percussion indiquent que la plèvre et les poumons sont intacts. On ne croira pas non plus à l'existence d'une péricardite, car dans celle-ci la matité existe sur le bord gauche du sternum, où on constate en outre une voussure plus ou moins considérable ; enfin, les battements du cœur sont obscurs, profonds, tandis que, dans l'inflammation des médiastins, la matité est uniquement bornée au sternum ; il n'y a pas de voussure, et les battements du cœur sont distinctement perçus ; ils sont superficiels, et plus ou moins déplacés.

Pronostic. — Il est inutile d'insister pour prouver combien les phlegmasies des médiastins sont graves ; dans la plupart des cas, en effet, la maladie se termine d'une manière funeste.

Etiologie. — Le phlegmon et les abcès des médiastins ne sont presque jamais spontanés ; mais, dans la majorité des cas, ils sont l'effet d'une violence extérieure, telle que contusion, plaie, fracture du sternum ; plus souvent encore ils sont symptomatiques d'une lésion organique de l'os, telle qu'une carie ou une nécrose ; enfin, souvent aussi l'abcès est formé par du pus qui, sécrété sur les parties latérales du cou, fuse ensuite entre les plans aponévrotiques jusque dans la poitrine.

Le *traitement* doit être antiphlogistique, et dès que la suppuration est formée, on devra tâcher de l'évacuer le plus tôt possible. Si un abcès se forme sur le sternum ou à son voisinage, on l'incisera et on favorisera par la position et les injections l'écoulement du pus ; enfin, si celui-ci stagne ou lorsqu'il tarde trop d'arriver à l'extérieur, tous les praticiens sont d'accord de mettre le foyer à nu par la trépanation de l'os.

DES PHLEGMONS ABDOMINAUX.

Toutes les parties du tissu cellulaire abdominal peuvent s'enflammer; mais nulle part dans le ventre les phlegmons et les abcès ne sont aussi fréquents que dans l'excavation pelvienne, dans les fosses iliaques et autour du siége, parties où le tissu cellulaire existe en plus grande abondance que partout ailleurs. Nous allons donc décrire séparément l'inflammation phlegmoneuse dans chacune de ces régions.

DU PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE.

Sous les noms de *phlegmon périnéphrétique*, on doit comprendre l'inflammation du tissu cellulo-adipeux qui existe en si grande abondance autour des reins et en avant des muscles carrés des lombes.

Etiologie et anatomie pathologique. — Cette inflammation est rarement spontanée lorsqu'elle ne succède pas à quelque violence extérieure, comme une plaie ou une contusion de la région lombaire, à la présence d'un corps étranger venu du dehors ou de l'intestin; elle est alors presque toujours consécutive à quelque grave altération du tissu rénal. C'est ainsi que, dans une violente néphrite, on voit quelquefois le tissu cellulaire extérieur s'enflammer tantôt par suite de l'extension de l'inflammation, d'autres fois par suite de la rupture d'un abcès des reins. Les plaies pénétrantes des calices et des bassinets ou bien leurs perforations ou leurs ruptures, ordinairement produites par des calculs, sont encore une cause très active du phlegmon périnéphrétique produit alors par l'infiltration de l'urine; enfin les abcès lombaires peuvent être consécutifs à une perforation du colon.

On conçoit, d'après cette énumération, combien sont variées les lésions qu'on trouve à l'ouverture des cadavres du côté de quelques uns des viscères abdominaux. Quant aux altérations dépendant de l'abcès lui-même, on rencontre le tissu cellulaire sous-péritonéal et celui compris entre le muscle carré des lombes et ses aponévroses gonflé, ramolli, injecté, infiltré de pus et quelquefois gangrené. Les fibres musculaires sont elles-mêmes bleuâtres, décolorées, ramollies et détruites par la suppuration; enfin les altérations peuvent s'étendre jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané des lombes qui est souvent infiltré de pus ou tout au moins de sérosité citrine.

Symptômes, marche, terminaisons. — Lorsque le phlegmon périnéphrétique est primitif, les malades accusent dans la région lombaire correspondante une douleur plus profonde que dans le lumbago, et qui s'exaspère par la pression et par les mouvements du tronc. Bientôt cette région se déforme, se bombe, la sécrétion urinaire continue néanmoins à

se faire comme de coutume ; il y a une fièvre vive, de la constipation et souvent aussi des nausées et des vomissements. Au bout de quelques jours, ces accidents s'aggravent, les douleurs sont plus lancinantes, la tumeur lombaire s'accroît encore, la douleur y devient simplement obtuse, la tuméfaction est œdémateuse, enfin la fluctuation s'y fait sentir. Le pus, accumulé dans les lombes, peut se frayer une issue à travers un des points de la paroi abdominale postérieure, ou bien il s'échappe par le colon, par l'uretère; quelquefois, fusant dans la fosse iliaque, il s'ouvre à l'extérieur dans le flanc ou dans l'aine ; enfin, on a vu ces abcès, prenant une direction contraire, perforer à gauche le diaphragme et le poumon et être rendus par l'expectoration. Les accidents sont, en général, plus graves et la marche de la maladie plus rapide lorsque la phlegmasie est produite par une infiltration d'urine ou de matière fécale ; dans ces cas, des signes de maladie des reins ou du colon précèdent de quelque temps le phlegmon lombaire, qui s'étend rapidement sur une grande surface. La gangrène ne tarde pas à s'y développer ; on distingue alors plus ou moins profondément, en pressant sur la tumeur, une crépitation nombreuse produite par l'infiltration des gaz dans le tissu cellulaire. La mortification ne tarde pas à envahir la peau si on n'arrête les progrès de l'infiltration septique par des incisions nombreuses. Dans ces cas, il y a des symptômes généraux, adynamiques et ataxiques très graves auxquels la plupart des malades succombent. Lorsque la guérison a lieu, elle ne survient guère qu'après un temps fort long en raison de l'étendue des lésions et des décollements qui ont lieu; la plaie reste souvent fistuleuse. Cela se remarque spécialement lorsque l'abcès a été symptomatique d'une perforation intestinale ou d'un des conduits urinaires. Dans le premier cas, on voit les gaz et les matières intestinales s'échapper ; dans le second, le pus séreux exhale une odeur urineuse et entraîne souvent avec lui des fragments de calcul.

Diagnostic. — Il est souvent difficile de distinguer un abcès extra-rénal d'une collection purulente encore renfermée dans le rein sans communication avec l'uretère. Cependant, si on remarque que dans ce dernier cas il a existé antérieurement des signes de maladies des reins, et notamment des accès de colique néphrétique, on sera déjà porté à soupçonner l'existence d'un abcès rénal. Ajoutons en outre que la tumeur formée par celui-ci proémine beaucoup en avant, ce qui est le contraire des abcès périnéphrétiques ; en outre, dans les premiers, la fluctuation est plus obscure, plus profonde. Cependant il est des cas dans lesquels le manque de renseignements précis et l'époque déjà avancée de la maladie empêcheront de localiser très exactement l'affection. On conçoit enfin combien le diagnostic offre d'incertitude lorsqu'il y a à la fois collection de pus dans le rein et dans le tissu cellulaire extérieur. Cependant l'étude des antécédents pourra quelquefois permettre

d'établir l'existence de cette double altération : ainsi lorsque, chez un sujet qui offre des signes rationnels ou positifs d'une suppuration des reins, on voit survenir tout-à-coup autour de la tumeur rénale des accidents aigus, tels que douleur vive, dureté plus étendue, bientôt remplacée par de l'œdème et de la fluctuation, on ne peut conserver aucun doute sur l'existence d'un double abcès.

Lorsque le foyer est ouvert à l'extérieur, on ne peut pas toujours juger d'après la nature du pus des altérations viscérales qui existent : c'est ainsi que le pus exhale souvent une odeur stercorale, bien qu'il n'existe aucune communication entre le foyer et le colon. Souvent aussi l'abcès communique avec le bassinet ou les calices, sans que le pus exhale une odeur urineuse : c'est ce qui a lieu surtout lorsque le rein, entièrement détruit, ne remplit plus ses fonctions.

Pronostic. — Les abcès périnéphrétiques constituent toujours une affection grave, excepté peut-être lorsqu'ils sont primitifs et très circonscrits.

Traitement. — Tout le traitement consiste, dans la période phlegmoneuse, à employer les antiphlogistiques, et surtout les émissions sanguines locales ; puis, dès que la suppuration est certaine et qu'on perçoit la fluctuation, il faut se hâter de lui livrer issue par une incision, afin de prévenir les larges décollements. On se hâtera surtout dans les abcès consécutifs à une perforation du colon et du bassinet, à cause de la gangrène et des désordres que produisent l'urine et les matières fécales épanchées dans le tissu cellulaire ; et même, dans ces cas, on ne doit pas attendre la manifestation de la fluctuation pour opérer de larges incisions, afin de donner issue aux matières septiques qui infiltrent les parties molles.

DES PHLEGMONS ET ABCÈS DES FOSSES ILIAQUES.

De toutes les parties du ventre, les fosses iliaques internes sont celles qui sont le plus fréquemment le siége d'engorgements phlegmoneux. Cette maladie, sur laquelle Dance appela le premier l'attention des médecins, a été également étudiée par Dupuytren, et par MM. Ménière et Velpeau, etc. Nous avons nous-même, il y a peu d'années, publié sur ce sujet un travail étendu, dont nous allons présenter une analyse, en ajoutant les faits nouveaux que nous avons recueillis depuis (1).

Anatomie pathologique. — La mort arrivant presque toujours à une période avancée de la maladie, on trouve un foyer purulent, qui peut être borné à la fosse iliaque interne, et même à la partie postérieure du cœcum, mais qui se prolonge souvent jusqu'au voisinage des

(1) Voir *Arch. gén. de Méd.*, n. de janvier, février et mars de l'année 1839.

reins et des fausses côtes. Les parois de ce foyer sont noirâtres, irrégulières; les muscles psoas, iliaque et carré lombaires, sont quelquefois sains; mais le plus souvent on trouve un ou plusieurs de ces organes plus ou moins altérés. Ainsi ils sont noirâtres, grisâtres, infiltrés de pus; leurs fibres sont ramollies ou détruites : le désordre est quelquefois tellement considérable, que le *fascia iliaca* lui-même est détruit, et à peine en trouve-t-on quelque vestige. Le foyer est traversé par les filets nerveux qui vont au membre inférieur correspondant : les uns sont intacts; la plupart sont ramollis. Les vaisseaux iliaques sont généralement sains; mais leurs rapports avec le foyer qu'ils traversent ou auquel ils sont accolés expliquent certains phénomènes de stase veineuse ou de compression qu'on observe souvent pendant la vie. Enfin des lésions variables se remarquent du côté de l'intestin, du vagin, de la vessie, de la peau, suivant celui de ces points par lequel l'évacuation du pus s'est faite.

Symptômes. — Le début du phlegmon iliaque, rarement marqué par un frisson, est presque toujours annoncé par une douleur plus ou moins vive, qui augmente par la pression, par les mouvements du tronc, et souvent par ceux de la cuisse correspondante, qui ne peut être portée dans une extension complète. Cette douleur, qui siège le plus souvent dans la fosse iliaque, quelquefois à l'hypogastre, est vive, lancinante, continue, exacerbante, ou bien elle ne consiste qu'en un engourdissement incommode. Elle s'irradie souvent vers le ventre, et surtout vers les parties génitales et le membre abdominal, ce qui dépend le plus souvent de la compression des nerfs qui vont se distribuer à cette partie. En général aussi, dès l'invasion de la maladie, on observe des troubles notables du côté des organes digestifs, tels que la constipation, la diarrhée, et quelquefois aussi des nausées et des vomissements. Si on explore la fosse iliaque, on trouve alors dans cette région, presque toujours à partir du troisième ou quatrième jour, et souvent même plus tôt, une tumeur égale, dure, rénitente, non pulsative, peu ou point mobile, mate à la percussion, proéminente ou aplatie, suivant qu'elle se développe dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ou sous-aponévrotique. Son volume, rarement moindre que celui d'une noix, n'atteint presque jamais celui du poing d'un adulte : c'est dans le cas où la tumeur devient aussi considérable qu'on observe divers accidents dépendants de la compression des nerfs, des vaisseaux, de l'intestin et des muscles eux-mêmes. C'est ainsi que quelques malades éprouvent de véritables douleurs névralgiques vers les organes génitaux et le membre inférieur; d'autres fois (chez un dixième) c'est un engourdissement ou des fourmillements qui peuvent dépendre aussi bien de la compression des nerfs que de l'embarras de la circulation. Cette gêne est d'ailleurs prouvée par l'infiltration séreuse du membre, que j'ai notée à différents

degrés chez un quart des sujets. L'intestin, surtout lorsque la tumeur siège à droite, est l'organe que la tumeur comprime le plus souvent. Il y a alors un peu de météorisme, et surtout de la constipation. Ce symptôme se rencontre dans les trois quarts des cas. Enfin, lorsque la tumeur subjacente au *fascia iliaca* comprime fortement le muscle iliaque, ou bien lorsque ce muscle, ainsi que le psoas, participe lui-même à la phlegmasie, le membre est rétracté, plus ou moins fléchi, et ne peut être ramené sans douleurs vives à une extension complète. Indépendamment de ces symptômes locaux, presque tous les malades ont de la fièvre.

Marche, terminaisons. — La plupart des phlegmons iliaques se terminent par suppuration, avec ou sans gangrène; celle-ci est fort rare. La terminaison par suppuration est à peu près constante, lorsque la maladie survient dans le cours de l'état puerpéral ou peu après cette époque. Il nous a paru que le travail de résolution, comme celui de suppuration, était beaucoup plus lent dans la fosse iliaque que dans la plupart des autres régions du corps. La formation du pus est presque toujours signalée par une augmentation dans les symptômes locaux et notamment dans les phénomènes de compression; enfin, la fluctuation finit par être perçue plus ou moins distinctement. Le pus, accumulé dans la fosse iliaque, se fraie le plus souvent une issue à travers la paroi abdominale antérieure, et notamment dans un point rapproché du ligament de Fallope ou de l'épine iliaque; un peu moins fréquemment, on voit l'abcès se vider dans l'intestin (cœcum ou S iliaque). Ce mode de terminaison est plus fréquent à droite qu'à gauche; ailleurs le pus, fusant dans l'excavation pelvienne, se vide à travers le rectum, la vessie, et plus souvent chez la femme, par le vagin. Il n'est pas rare de voir l'abcès s'évacuer par plusieurs de ces voies à la fois. Enfin M. Demaux a vu un abcès iliaque s'ouvrir dans la veine cave, et M. Aubry a publié, il y a peu de mois, une observation curieuse d'abcès iliaque puerpéral ouvert à la fois à l'extérieur et dans la cavité cotyloïde, ce qui avait occasionné une luxation de la hanche.

Chez quelques uns de ces malades, la convalescence arrive très promptement; mais chez la plupart la suppuration continue à se faire pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois. Lorsque la maladie a une issue funeste, la mort s'explique par l'étendue des désordres; elle a presque toujours lieu dans le marasme; d'autres fois les malades sont emportés par une péritonite intercurrente. Celle-ci résulte tantôt de l'extension de la phlegmasie; d'autres fois elle est produite par la rupture du foyer dans la cavité séreuse. Les abcès iliaques guéris peuvent être suivis de quelques infirmités : ainsi on a vu une hernie se faire à travers la cicatrice de la paroi abdominale quand celle-ci a été incisée pour livrer passage au pus; et nous-même avons cité l'exemple d'une

jeune femme qui depuis neuf ans a conservé un engorgement œdémateux du membre inférieur dépendant probablement d'une diminution dans le calibre de la veine iliaque.

Diagnostic. — Les phlegmons iliaques seront distingués aisément des tumeurs inflammatoires des ovaires; car celles-ci sont globuleuses ou ovalaires et plus ou moins mobiles; on leur imprime des mouvements en agissant sur l'utérus. Enfin elles ne produisent pas les symptômes de compression que nous avons notés précédemment. Une péritonite locale circonscrite à la fosse iliaque pourrait être prise aussi pour un phlegmon; mais dans la péritonite la douleur est plus vive, elle est poignante, elle s'accompagne de vomissements, et si une tumeur se manifeste, au lieu d'être dure et rénitente, elle est, dès le moment de son apparition, molle et fluctuante. Enfin on a quelquefois pris pour des phlegmons de simples tumeurs stercorales; mais cette erreur grossière ne peut être commise si on se rappelle que les tumeurs stercorales sont inégales, peu ou point douloureuses, qu'on peut souvent les faire cheminer par la pression et qu'elles disparaissent après un purgatif.

Pronostic. — Le phlegmon des fosses iliaques est une affection grave et dont l'issue est toujours incertaine, celui qui survient après les couches est plus fâcheux que celui qui se développe dans les conditions opposées.

Etiologie. — Les phlegmons iliaques sont presque cinq fois plus fréquents à droite qu'à gauche; le contraire a lieu pour ceux qui surviennent chez les femmes quelque temps après leurs couches sans qu'on puisse en reconnaître la cause. Les hommes y sont incomparablement plus sujets que les femmes; celles-ci n'en sont guère atteintes (sauf quelques exceptions) qu'après leurs couches. Très rare aux deux extrêmes de la vie, cette maladie se remarque spécialement entre vingt et quarante ans. On a dit que les phlegmons de la fosse iliaque droite étaient souvent consécutifs à une constipation prolongée ou dépendaient de l'extension d'une inflammation du cœcum au tissu cellulaire; mais j'ai prouvé ailleurs que cette étiologie n'avait pas encore reçu suffisamment la sanction des faits; la maladie est pourtant quelquefois symptomatique. C'est ainsi qu'elle peut être produite par une lésion de l'os iliaque ou de l'articulation coxo-fémorale, par l'extension d'une phlegmasie du péritoine, des ganglions inguinaux, de la capsule synoviale qui tapisse la branche horizontale du pubis ou bien de l'utérus, et surtout des ligaments larges. Parmi les causes efficientes, citons les corps étrangers, les contusions, les plaies, les fatigues.

Traitement. — Le traitement sera dirigé d'après les mêmes principes que dans les phlegmons lombaires, c'est-à-dire qu'il faut employer les antiphlogistiques au début. Mais quelque abondantes que soient les saignées, elles ont rarement pour effet d'amener la résolution de l'engor-

gement, surtout lorsqu'on en commence l'emploi après le sixième jour. Cependant elles ont communément pour avantage de circonscrire le phlegmon, et en modérant l'inflammation, de rendre la suppuration moins abondante. Dès que le pus est formé, loin d'attendre patiemment, avec Dance, son évacuation spontanée par l'intestin, on doit tâcher de lui pratiquer au plus vite une issue artificielle à travers la paroi abdominale. Mais avant de faire l'incision, il faut s'assurer non seulement qu'il y a de la fluctuation, mais encore que la paroi adominale adhère au foyer. On aura encore soin de percuter avec grand soin le point que l'on va inciser, pour bien s'assurer qu'il n'existe pas en cet endroit une anse intestinale que l'instrument pourrait blesser. Enfin, si la profondeur à laquelle le pus est placé ne permet pas de l'atteindre, on tentera d'en favoriser la résorption en appliquant au niveau du foyer un ou plusieurs cautères ou moxas. Mais, malheureusement, il est rare que cette médication soit couronnée de succès, et presque toujours, alors, les malades succombent aux accidents de consomption.

DES PHLEGMONS ET ABCÈS DE L'EXCAVATION PELVIENNE.

Le tissu cellulaire de l'excavation pelvienne est assez fréquemment le siége de collections purulentes. Celles-ci s'y forment rarement d'une manière spontanée; mais presque toujours l'inflammation est consécutive chez l'homme à une infiltration urineuse ou stercorale, ou à quelque opération pratiquée sur la vessie, comme la taille. Chez la femme, au contraire, on n'observe guère les abcès pelviens qu'à la suite de quelque souffrance utérine, et spécialement à la suite des couches. Ils occupent alors presque toujours les ligaments larges, plus souvent la paroi recto-vaginale; d'autres fois le pus est infiltré à la fois dans la plus grande partie de l'excavation : ce dernier cas est surtout observé après les applications de forceps. Il existe le plus souvent alors diverses lésions graves du côté du péritoine et des articulations du bassin.

Les symptômes appartenant à cette inflammation sont toujours obscurs : les malades accusent une douleur plus ou moins vive dans l'excavation pelvienne, augmentant par la pression hypogastrique. Elle s'accompagne de fièvre, de troubles sympathiques vers l'estomac, et de divers accidents de compression du côté des viscères contenus dans le bassin, suivant le siége et le volume de la tumeur phlegmoneuse, circonstances que le toucher vaginal et rectal permettra seul d'apprécier. Cette exploration, d'ailleurs, est toujours nécessaire pour établir le diagnostic de l'affection, car elle seule peut fournir des signes positifs. Il convient quelquefois de pratiquer simultanément le toucher vaginal et rectal : ainsi, lorsque l'abcès siège dans la cloison recto-vaginale, il faut introduire l'index dans le rectum et le pouce de la même main dans le

vagin; on repousse en haut le plus possible le périnée avec le premier espace interdigitaire, et on embrasse ainsi la tumeur par sa partie inférieure. Si dans cette position on percute alternativement avec un des doigts, tandis que l'autre reste appliqué sur le point opposé de la tumeur, on perçoit manifestement la fluctuation (Bourdon).

Tous ces abcès ont la marche et les modes de terminaison des abcès des ligaments larges (voir plus haut, p. 491). Dès qu'on a constaté la fluctuation, il convient de donner issue au pus par une ponction ou une incision, en choisissant le point le plus déclive de la tumeur, et celui où la fluctuation est le plus superficielle. Pour pratiquer l'ouverture par le vagin, on se sert du bistouri de M. Récamier, qui a beaucoup d'analogie avec le pharyngotome. L'abcès vidé, on s'opposera à l'accumulation du pus par la ponction, les injections et la compression du ventre.

DES OREILLONS.

On donne les noms d'*ourles* ou d'*oreillons* à une tumeur douloureuse et à marche aiguë, formée par l'engorgement inflammatoire du tissu cellulaire de la région parotidienne.

Symptômes. — Cette maladie est souvent précédée pendant quelques jours par du malaise et par de la fièvre; puis les malades accusent de la douleur et un sentiment de gêne vers l'articulation temporo-maxillaire. Bientôt apparaît à ce niveau une tuméfaction, qui se propage ordinairement jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire, et s'étend quelquefois plus ou moins loin sur le cou et sur la tempe. Ce gonflement, qui peut occuper les deux côtés, et qui d'autres fois est borné à un seul, est d'un rouge obscur, quelquefois un peu violacé. Souvent la peau conserve, à ce niveau, sa couleur naturelle; mais elle y est plus chaude que de coutume. La tumeur n'a point la dureté du phlegmon, mais seulement la rénitence que donne le tissu cellulaire affecté d'œdème actif. Souvent il existe en même temps du malaise, de la courbature, de la pesanteur à la tête, des vertiges, un peu de fièvre, de l'inappétence. En général, la tumeur s'accroît pendant deux ou trois jours, puis, après être restée stationnaire pendant un temps égal, on la voit diminuer peu à peu, et finir par disparaître après une durée moyenne de sept à huit. L'oreillon n'est presque jamais suivi de suppuration. La résolution est sa terminaison presque constante; on dit qu'elle est souvent marquée par une sueur générale, ou bornée à l'engorgement parotidien; c'est ce que je n'ai jamais constaté. Mais il n'est pas très rare, surtout dans le cours de certaines constitutions épidémiques, que la résolution de la tumeur se fasse avec métastase : c'est ainsi qu'on voit quelquefois au fur et à mesure que l'engorgement de la région parotidienne se résout, l'un des testicules, ou les deux à la fois, se tuméfier et s'indurer. Chez la femme,

la métastase s'opère sur les mamelles ou les grandes lèvres, qui deviennent également le siége de tumeurs douloureuses. Cette métastase, sur laquelle quelques médecins ont élevé des doutes, est un fait assez rare dans la pratique ordinaire, mais qui néanmoins est parfaitement établi, et pour ma part, j'ai eu l'occasion déjà d'en recueillir cinq exemples chez l'homme. Je n'ai jamais vu de rapport constant entre le siége de l'oreillon et celui de l'engorgement consécutif des testicules : ainsi, je n'ai pas vu, comme on l'a dit, que la métastase s'opérât toujours sur le testicule correspondant à la région parotidienne malade. Dans les faits que j'ai observés, il n'y a jamais eu non plus, à proprement parler, cessation brusque, ou délitescence de l'engorgement parotidien, mais seulement diminution graduelle et beaucoup plus rapide d'ailleurs que dans la résolution des tumeurs phlegmoneuses ; celle-ci n'était complète qu'en deux, trois ou quatre jours. A peine commençait-elle qu'on voyait se manifester déjà l'engorgement d'un des testicules, qui, en un ou deux jours, avait souvent doublé ou triplé de volume. La peau du scrotum est alors d'un rouge violacé ; le testicule est plus lourd, plus résistant que de coutume, mais il est loin d'offrir la dureté, le poids et la sensibilité qu'on observe dans les engorgements franchement inflammatoires. La plupart des malades n'accusent, en effet, que fort peu de douleur, même quand on exerce un certain degré de pression sur l'organe. Ce gonflement est susceptible des mêmes terminaisons que l'oreillon. Ainsi, presque toujours, il se résout au bout de cinq à six jours ; quelquefois il survient de la suppuration ; enfin, on a vu cette affection secondaire se terminer elle-même par une métastase sur la région parotidienne, puis la maladie se reporter encore de celle-ci sur le testicule, et ainsi plusieurs fois de suite de l'une à l'autre. On a dit que, dans quelques cas, la disparition subite de l'engorgement parotidien et des testicules a été promptement suivie de la mort, au milieu du délire et des convulsions ; on a supposé qu'alors la métastase s'était faite vers le cerveau. Mais les faits de ce genre n'ont pas encore été suffisamment observés. Il n'est pas prouvé non plus, ainsi qu'on l'a dit, que la métastase puisse jamais se faire chez la femme sur les ovaires.

Diagnostic et pronostic. — L'oreillon ne pourrait être confondu qu'avec l'engorgement de la glande parotide ; mais dans celui-ci la tuméfaction est plus considérable, plus dure, plus étendue ; on constate tous les phénomènes d'un phlegmon. La tumeur est persistante, et se termine le plus souvent par suppuration ; quelquefois par gangrène, et jamais par métastase. Son pronostic ne présente aucune gravité.

Etiologie. — Les oreillons, rares chez les vieillards, et même après trente ans, n'affectent guère que les adolescents et les jeunes gens. Le froid humide est la cause qui a paru agir le plus souvent, soit pour déterminer la maladie, soit pour produire sa terminaison par métastase.

Elle règne quelquefois épidémiquement ; cette influence épidémique est généralement circonscrite à un quartier ou à un établissement.

Traitement. — Lorsque l'oreillon est peu douloureux, il faut, pour tout traitement, préserver la partie malade du contact du froid en la recouvrant d'un mouchoir. S'il y a de la douleur, et si l'engorgement menace de se terminer par suppuration, on appliquera des cataplasmes émollients, et on devra même, si l'inflammation est vive, mettre un certain nombre de sangsues ; enfin, on excitera une petite révulsion par les pédiluves et quelques laxatifs doux. Lorsque la métastase se fait sur les parties génitales, on ne doit rien tenter pour l'empêcher ; on appliquera ensuite sur le testicule des cataplasmes émollients, rendus légèrement résolutifs en les arrosant d'eau blanche, et on insistera sur les révulsifs intestinaux. Enfin, si la disparition des oreillons coïncidait avec la manifestation d'accidents cérébraux graves, on s'efforcerait de les rappeler en appliquant sur la région parotidienne des rubéfiants et même des vésicants.

INFLAMMATION DU TISSU MUSCULAIRE.

L'inflammation du tissu musculaire a reçu les noms de *myosite* ou *myositis*. C'est une affection extrêmement rare, et dont beaucoup de médecins contestent même l'existence. Il semble, en effet, que le tissu musculaire est un de ceux qui sont le moins susceptibles d'inflammation ; c'est ce dont on peut s'assurer tous les jours en étudiant les phénomènes qui se passent dans toutes les plaies musculaires, et spécialement à la suite de l'amputation des membres. On reconnaît, en effet, dans ces cas, que la fibre musculaire ne subit aucun changement de vitalité, tandis que les gaînes celluleuses sont le siége exclusif des altérations qui surviennent, soit que l'inflammation soit adhésive, soit qu'elle devienne suppurative. Le pus qu'on trouve quelquefois infiltré ou épanché dans les muscles est bien moins l'effet d'un travail phlegmasique local que de cet état grave de l'économie qu'on observe dans la morve et les résorptions purulentes. D'ailleurs, lorsque la suppuration est produite par une inflammation locale franche, celle-ci n'atteint peut-être jamais primitivement la fibre musculaire ; mais elle siége d'abord dans le tissu cellulaire interfibrilaire, et ce n'est que consécutivement que la fibre charnue est elle-même envahie. En examinant l'état des parties à différentes périodes de l'inflammation, on reconnaît que dans un premier degré de la maladie le tissu cellulaire interstitiel s'injecte, rougit, s'épaissit, de manière que chaque fibre est emprisonnée dans une sorte de coque solide. Dans cet état, le tissu charnu comprimé se décolore ; d'autres fois, au contraire, il devient d'un rouge violet. Dans l'un et l'autre

cas, le muscle est plus volumineux, et il est devenu plus friable. Si plus tard la suppuration s'établit, les fibres charnues prennent une teinte jaunâtre; elles sont plus friables, mais la suppuration n'existe que dans leurs interstices. Quelquefois elles ont subi de distance en distance des solutions de continuité; dans ce point existe alors une petite excavation remplie d'un pus blanc ou rougeâtre; enfin, ailleurs, la texture musculaire n'existe plus; l'organe est transformé en une masse homogène, qu'on dirait être exclusivement formée par du tissu cellulaire enflammé. Lorsque la guérison survient après de pareilles altérations, le muscle a diminué de volume, il est souvent même atrophié; cet état est toujours incurable.

Tous les muscles du corps peuvent être atteints d'inflammation, mais les auteurs ont surtout étudié cette altération dans le cœur, le diaphragme et les psoas. Nous avons parlé, à l'article *Cardite*, de l'inflammation du tissu cellulo-musculaire du cœur. Nous ne dirons rien de l'inflammation du diaphragme, car nous ne possédons encore sur elle aucune observation précise. Il est surtout impossible de mettre à profit la description des auteurs qui, sous les titres de *paraphrénésie*, *phrénite*, *diaphragmatite*, *diaphragmite*, mots synonymes, et qui signifient tous inflammation du diaphragme, ont confondu des affections très différentes, et notamment les pleurésies ou les péritonites diaphragmatiques, l'inflammation du tissu cellulaire et des organes voisins, et même certaines affections aiguës des centres nerveux.

DU PSOÏTIS.

Les psoas sont, de tous les muscles du corps, ceux qu'on trouve le plus souvent suppurés, par suite d'un travail phlegmasique local. Cependant il n'existe peut-être pas encore dans la science d'observation qui démontre d'une manière certaine que le travail inflammatoire a primitivement affecté la fibre musculaire. Tout porte à croire, au contraire, que dans tous les cas de psoïtis publiés jusqu'à ce jour, et quelle qu'ait été la cause de la maladie, le pus s'est formé tantôt aux dépens du tissu cellulaire enflammé; d'autres fois ce fluide, fourni par une carie vertébrale, a fusé dans la gaîne du muscle où il s'est arrêté. Dans l'un et l'autre cas pourtant, les fibres musculaires peuvent disparaître, tantôt par atrophie, tantôt par suite d'une véritable destruction; on les retrouve alors dans le foyer, sous forme d'un détritus rouge ou noirâtre, ou bien elles sont encore reconnaissables, mais décolorées ou d'un rouge foncé, noirâtre, verdâtre, et ramollies. Il est rare que la suppuration n'envahisse que le psoas; presque toujours, en effet, le foyer occupe en même temps le muscle iliaque, le tissu cellulaire sous-péritonéal, où a été ordinairement son point d'origine.

Quel que soit le mode de formation des abcès du psoas, les auteurs ont cru qu'on pouvait les reconnaître aisément à une douleur siégeant dans la région lombaire, et qui s'irradie dans la fosse iliaque, dans l'aine, la fesse et la cuisse correspondantes; le membre inférieur de ce côté est plus ou moins rétracté, et il est impossible de le ramener à l'extension complète; le pied est dans la rotation en dedans; enfin, une tumeur fluctuante se dessine successivement dans la région lombaire, dans la fosse iliaque et le pli de l'aine. Cependant, quoiqu'on prétende le contraire, nous affirmons, d'après plusieurs faits observés par nous, que la rétraction du membre et l'impossibilité de l'étendre, que les douleurs, les tiraillements dans les lombes, ne sont pas un symptôme constant de la suppuration du psoas, puisque nous les avons vus manquer plusieurs fois dans des cas où le muscle était complétement détruit. En outre, nous avons retrouvé les mêmes accidents dans les phlegmons des fosses iliaques, lorsque les muscles de ce nom étaient affectés et quoique l'altération ne se fût point propagée au corps même du muscle psoas. Nous croyons donc que la rétraction du membre inférieur et l'impossibilité de l'étendre se rapportent aussi bien à une lésion du psoas que du muscle iliaque, et que pour déterminer si l'abcès siège dans le premier plutôt que dans le second, on aura égard plutôt au siége de la douleur et de la tumeur. Dans le psoïtis, la douleur occupe un des côtés des lombes, et la tumeur mal circonscrite, de forme allongée, est située au côté le plus interne de la fosse iliaque, tandis que dans le phlegmon iliaque la tumeur bien circonscrite occupe la fosse iliaque interne; c'est là aussi qu'est le siége de la douleur. Enfin, il y a encore, entre les deux espèces d'abcès que je compare, cette différence, savoir, que ceux du psoas, contrairement à ceux qui se développent dans la fosse iliaque, n'ont aucune tendance à devenir superficiels; mais, dans la grande majorité des cas, le diagnostic différentiel ne peut être établi, parce que la suppuration envahit à la fois les deux muscles.

Les abcès du psoas qui ne dépendent pas d'une carie vertébrale ne se rencontrent guère que chez les femmes à une époque encore rapprochée des couches.

Le psoïtis réclame le même traitement que les phlegmons et abcès iliaques; mais en raison du peu de tendance qu'ont les abcès du psoas à devenir superficiels, il faut examiner avec soin la région lombaire, car quelquefois on y sent de la fluctuation; et il faudrait alors se hâter de pratiquer une incision dans ce point, ce qui permettrait au pus de s'écouler plus aisément que par une ouverture faite antérieurement.

DES INFLAMMATIONS DE LA PEAU.

La peau est fréquemment affectée d'inflammations aiguës ou chroniques, et celles-ci s'y montrent avec des caractères extérieurs fort différents. Tantôt, en effet, il n'existe qu'une rougeur plus ou moins vive; d'autres fois ce sont des tumeurs contenant divers liquides qui se concrètent. Ces différentes formes de l'inflammation ne sont pas seulement des variétés ou des degrés d'un même état morbide, mais elles constituent le plus souvent des affections distinctes. Nous allons donc diviser et étudier les affections inflammatoires de la peau en quatre genres distincts, qui sont les *exanthèmes*, les *vésicules*, les *bulles*, les *pustules*.

DES EXANTHÈMES.

Le mot *exanthème* (de εξανθεω, *effloresco, erumpo*) servait à désigner chez les Grecs à peu près toutes les éruptions cutanées; d'autres l'ont restreint à quelques groupes de maladies fort différentes entre elles. Mais depuis Willan, le mot exanthème a une signification précise, et on ne s'en sert plus aujourd'hui que pour dénommer un certain nombre d'affections cutanées ayant pour caractères communs *une rougeur plus ou moins vive, circonscrite ou diffuse, et qui diminue ou disparaît momentanément sous la pression du doigt.*

D'après cette définition, il faut comprendre dans l'ordre des exanthèmes l'érythème, la roséole, l'érysipèle et peut-être l'urticaire : nous ne parlerons pas de la rougeole ni de la scarlatine; car bien que, par leurs caractères extérieurs, ces éruptions soient de nature exanthémateuse, cependant, comme la fièvre, l'infection générale de l'économie, l'état du sang et la spécificité constituent les éléments principaux de la maladie, nous avons dû les ranger dans une autre classe (voir plus haut, p. 105 et 111).

DE L'ÉRYTHÈME.

L'érythème est un exanthème non contagieux, ne s'accompagnant ordinairement d'aucuns symptômes généraux, et caractérisé par des taches rouges, superficielles, variables quant à leur nombre, à leur forme et à leur étendue, et se terminant par délitescence, par résolution ou par desquamation après une durée d'un à deux septénaires.

Symptômes. — L'érythème débute, en général, sans prodromes. On voit des taches, d'une rougeur variant depuis le rose tendre jusqu'au rouge vif ou même violet, et disparaissant momentanément par la pression des doigts, se développer sur quelque partie du corps, et généra-

lement à la face, à la poitrine et sur les membres. Parmi ces taches, les unes n'ont que quelques millimètres d'étendue, d'autres ont 5 ou 6 centimètres; dans quelques cas rares elles occupent toute l'étendue d'un membre et même une grande partie de la surface du corps. Cette rougeur est superficielle, et la peau ne présente aucune dureté à son niveau; dans l'intervalle des taches, cette membrane est intacte. L'éruption érythémateuse s'accompagne souvent d'une légère douleur, d'un prurit plus ou moins incommode, et d'une augmentation dans la température. Lorsque la maladie est produite par le contact de matières âcres, ou bien lorsqu'elle se développe par le frottement continuel de deux surfaces contiguës, comme on l'observe fréquemment chez les personnes grasses, sous les mamelles, aux aines, aux aisselles et au nombril, aux cuisses et aux fesses chez les enfants à la mamelle (*intertrigo*), le prurit est plus vif, l'épiderme se détruit, et l'on voit se former alors de petites excoriations ou des crevasses qui fournissent un liquide séreux ou séro-purulent d'une odeur nauséabonde.

Marche, durée, terminaisons. — Après avoir persisté quelques jours avec ces caractères, les taches pâlissent peu à peu, puis s'éteignent tout-à-fait, et ne laissent aucun vestige, ou bien elles sont suivies d'une desquamation plus ou moins prononcée. Dans quelques cas l'érythème se termine par délitescence après une durée éphémère (*eryth. fugax*). Tels sont les caractères et la marche de l'érythème qu'on nomme *simple* ou *léger*.

Variétés. — L'éruption se présente quelquefois avec d'autres apparences, qui ont fait admettre plusieurs variétés d'érythème. Les seules qu'il importe de connaître sont les érythèmes *papuleux* et *noueux*.

Dans l'érythème papuleux (*eryth. papulatum* de Willan), les plaques, irrégulièrement arrondies, ont un volume qui varie entre celui d'une lentille et celui d'un centime; d'un rouge vif, puis violacé, surtout au centre, elles forment un léger relief, sont dures et comme papuleuses. Si la saillie est plus considérable et la dureté plus grande, l'érythème est nommé *tuberculeux* (*tuberculatum*) par Willan, et dans les cas où les plaques, très proéminentes, semblent se détacher de la peau par leur circonférence, l'érythème a été appelé *marginal* (*marginatum*); mais ces deux dernières distinctions offrent peu d'intérêt.

Quoi qu'il en soit, l'érythème papuleux se remarque surtout chez les jeunes gens et les femmes. Il occupe presque toujours le cou, la poitrine, les bras, la face dorsale des mains ou des avant-bras. Il est souvent précédé d'un état de malaise, et s'accompagne parfois de fièvre.

2° L'*érythème noueux* (*eryth. nodosum*) est une forme fréquente, qu'on rencontre surtout chez les femmes et les sujets jeunes. L'éruption occupe particulièrement les membres, et surtout la face antérieure des jambes. Elle se présente sous forme de taches rouges, ovales, ayant de

5 à 25 millimètres de diamètre, et très douloureuses. En promenant la main à leur surface, on sent qu'elles sont saillantes et qu'elles forment de véritables nodosités. Au bout de quelques jours, les plaques sont moins dures; parfois elles sont molles, et donnent, quand on les presse, la sensation d'une fluctuation douteuse. Cependant aucun liquide n'est jamais épanché dans les mailles des tissus. Cette éruption, qui est souvent précédée et accompagnée de malaise, de perte d'appétit et de fièvre, disparaît progressivement après une durée de douze ou quinze jours, laissant après elle une couleur noire ou jaunâtre de la peau, comme si cette membrane avait été meurtrie, ecchymosée.

Érythème épidémique de Paris. — Je ne parlerai ici que pour mémoire d'un érythème épidémique observé à Paris en 1828 : cette maladie a reçu le nom d'*acrodynie*, mais on n'a plus occasion de l'observer aujourd'hui. On en trouvera la description dans les recueils scientifiques de l'époque, et dans le 1er volume du *Compendium* et du *Dictionnaire de médecine*. D'ailleurs l'érythème n'était peut-être ici qu'un épiphénomène.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel de l'érythème sera discuté à l'occasion de chacune des maladies avec lesquelles on pourrait le confondre.

Pronostic. — Le pronostic n'offre jamais de gravité.

Etiologie. — L'érythème affecte surtout les enfants, les jeunes gens et les femmes. Chez les enfants à la mamelle, il est le plus souvent produit par le contact prolongé des urines et des matières fécales; il siège alors aux cuisses, aux fesses, au scrotum. Un peu plus tard, et à l'époque de la dentition, des plaques d'érythème se montrent sur diverses parties du corps et surtout sur les joues. Chez les femmes, la suppression des règles est souvent la seule cause qui explique le développement d'un érythème noueux. Enfin, à tous les âges de la vie, la maladie peut être symptomatique d'une phlegmasie des voies digestives, ou bien elle est produite par la distension de la peau, comme dans l'anasarque; elle se lie quelquefois à des accès de fièvre intermittente, ou à des accidents névralgiques. Enfin, certaines substances, et spécialement le baume de copahu, données à l'intérieur, peuvent produire un érythème qui occupe généralement une grande partie du corps.

Traitement. — La plupart des érythèmes cèdent à l'expectation. Il est pourtant généralement avantageux de donner aux malades des bains tièdes, des boissons acidules et quelques minoratifs. Dans l'érythème noueux, si les douleurs sont vives, on couvrira la partie d'un cataplasme de fécule arrosé d'une décoction de têtes de pavot, à laquelle on ajoutera une petite quantité de sous-acétate de plomb. Il est excessivement rare qu'on soit forcé de recourir aux émissions sanguines. Lorsque l'érythème, se développant entre les plis de la peau, s'accompagne de gerçures et

d'excoriations, on fera des lotions avec l'eau blanche, on saupoudrera les points avec de l'amidon ou de la poudre de lycopode, et on séparera les parties contiguës de la peau avec de la charpie sèche et râpée, ou avec un linge très fin.

DE LA ROSÉOLE.

La roséole (*rubeola*) est un exanthème non contagieux, caractérisé par des taches rosées, non proéminentes, diversement figurées, n'ayant qu'une durée éphémère, et généralement précédée et accompagnée de fièvre.

Symptômes. — L'éruption de la roséole est souvent précédée de malaise et de fièvre; d'autres fois elle a lieu sans prodromes; elle est constituée par des taches irrégulièrement arrondies, et généralement plus larges et moins nombreuses que celles de la rougeole. Parfois ces taches se montrent sous forme d'anneaux roses, avec des aires centrales qui conservent la couleur de la peau (*ros. annulata* de Willan). D'un rose plus ou moins foncé, ces taches occupent une partie ou la totalité du corps; elles s'accompagnent généralement de prurit et de picotements à la peau. Beaucoup de malades éprouvent aussi un peu de chaleur à la gorge et de douleur pendant la déglutition, accidents qui s'expliquent par des taches analogues qui existent au pharnyx. L'éruption, après être restée stationnaire pendant vingt-quatre heures, commence bientôt à pâlir, et vers le cinquième jour, il n'en existe plus de trace. Quelquefois cependant on remarque un peu de desquamation. En général, la roséole qui règne dans les saisons chaudes est celle qui produit le plus de malaise et de fièvre; l'éruption offre enfin une teinte plus foncée; le prurit est plus marqué (*ros. æstiva* de Willan).

Diagnostic. — D'après ce que je viens de dire, il est impossible de confondre la roséole avec la rougeole vulgaire ou régulière, par l'absence dans la première des symptômes de catarrhe, parce que les taches sont plus régulières, plus circonscrites, plus grosses que dans la rougeole. Cependant il faut convenir que, dans quelques cas, les caractères de l'éruption sont à peu près les mêmes dans les deux maladies; si surtout il n'existe point de symptômes de catarrhe, il serait le plus souvent impossible de déterminer si on a affaire à une roséole ou à une rougeole sans catarrhe. Cette dernière sera probable si l'éruption survient dans une famille où règne la rougeole; mais la distinction est impossible lorsque la maladie est sporadique.

Pronostic. — Le pronostic n'est jamais grave.

Étiologie. — La roséole affecte spécialement les femmes et les enfants, surtout à l'époque de la dentition; elle règne plus souvent dans l'été et l'automne. L'impression du froid, un exercice forcé, des émo-

tions morales, une phlegmasie viscérale, une inflammation gastro-intestinale surtout, peuvent la provoquer.

Traitement. — Le repos, une température douce, quelques boissons délayantes, sont les seuls moyens qu'il convient d'employer contre cette maladie, qui, même lorsqu'elle est légère, n'exige aucune espèce de traitement.

DE L'ÉRYSIPÈLE.

SYNONYMIE. — *Erysipelas;* fièvre érysipélateuse (de ἐρύω, *j'attire*, et πέλας, *auprès*, ou bien de ἐρυθρὸς, *rouge*).

L'érysipèle est une inflammation exanthématique, extensive et non contagieuse, caractérisée par une rougeur vive de la peau avec dureté et léger gonflement de cette membrane, et se terminant généralement par résolution et desquamation, quelquefois par suppuration, et plus rarement encore par gangrène.

Anatomie pathologique. — Il n'est pas vrai de dire avec beaucoup de personnes que l'érysipèle ne laisse aucune trace sur le cadavre; car si, après la mort, la peau qui en a été le siége cesse d'être rouge, elle conserve du moins une teinte brunâtre ou violacée; l'épiderme est froncé et se détache avec facilité; le derme est quelquefois injecté, violacé, comme ecchymosé, plus humide, épaissi et un peu friable; le tissu cellulaire sous-cutané est souvent œdémateux, quelquefois on y trouve du pus infiltré ou réuni en foyer; enfin la peau et le tissu cellulaire peuvent être mortifiés dans une étendue plus ou moins considérable. Ces lésions sont à peu près les seules qu'on puisse constater; on dit pourtant avoir trouvé les lymphatiques, les artères et surtout les veines de la peau enflammées et remplies de pus (Ribes, Copland, Cruveilhier, Blandin); mais ces vaisseaux sont tellement déliés dans l'épaisseur du derme, qu'il nous paraît impossible de constater quel est leur mode d'altération. Nous ne nions pas pourtant qu'on n'ait quelquefois rencontré du pus dans les veines et les lymphatiques sous-cutanés; mais ces lésions ne sont probablement que consécutives; d'ailleurs elles nous paraissent indépendantes de l'érysipèle lui-même, et se rattachent bien plutôt à la suppuration du tissu cellulaire, c'est-à-dire à l'existence d'un érysipèle phlegmoneux. M. Rayer professe à peu près la même opinion.

Symptômes, marche. — L'érysipèle est presque toujours précédé de quelques phénomènes précurseurs, tels que malaise, lassitude, fièvre, céphalalgie, anorexie, bouche amère, vomissement, etc. Mais un des symptômes les plus remarquables et les plus communs, puisqu'on l'observe dans les deux tiers des cas, est l'engorgement douloureux des ganglions lymphatiques qui reçoivent les vaisseaux provenant de la partie qui doit

être atteinte d'érysipèle, quoique la peau ne présente encore aucune modification appréciable dans sa couleur, dans son épaisseur, dans sa température et sa sensibilité. Cet engorgement des ganglions, sur lequel M. Chomel a surtout appelé l'attention, précède d'un, deux ou trois jours le développement de l'érysipèle. Nous avons même vu plusieurs fois ce symptôme devancer la rougeur de sept, huit et même neuf jours. Le nombre des ganglions affectés, leur tuméfaction, leur sensibilité, sont généralement proportionnés à la gravité et à l'étendue que l'érysipèle aura. Cependant il existe à ce sujet de nombreuses exceptions.

L'érysipèle est caractérisé à son début par une rougeur plus ou moins circonscrite, dont la teinte varie depuis le rose tendre jusqu'au rouge écarlate ou violacé. Elle disparaît ou diminue, du moins momentanément, par la pression du doigt. A son niveau, la peau est tendue, luisante, manifestement épaissie et gonflée: ce qu'on apprécie très bien par le toucher. Si, en effet, on promène le doigt sur les limites de la rougeur, on sent en ce point un petit bourrelet; d'ailleurs le gonflement peut devenir très considérable, si l'érysipèle envahit une partie dont le tissu cellulaire est lâche, comme les paupières ou les lèvres de la vulve, ou bien encore lorsque, quelle que soit la partie du corps, l'inflammation se propage au tissu cellulaire subjacent (*érysipèle phlegmoneux*). La peau affectée est le siége d'une douleur vive, tensive ou prurigineuse, que la pression exaspère. Sa température est augmentée; elle paraît d'ailleurs plus considérable qu'elle n'est réellement, puisqu'elle ne dépasserait guère que de 3 ou 4 degrés la température normale, dit-on. Les mouvements sont difficiles ou rendus même impossibles. Enfin, si l'érysipèle a une certaine étendue, il s'accompagne de symptômes généraux : ainsi, il y a une fièvre souvent intense, de la céphalalgie, de l'agitation et du délire, des frissons irréguliers, de la soif, de l'inappétence, des nausées, des vomissements, de la constipation ou de la diarrhée. Cependant l'érysipèle ne reste presque jamais borné dans les points qu'il a primitivement occupés (*érysipèle fixe*); mais l'un des caractères les plus remarquables de cette affection est de tendre sans cesse à envahir de nouvelles surfaces. Dans la plupart des cas, l'inflammation s'étend de proche en proche : on dit alors que l'érysipèle est *serpigineux;* il peut ainsi envahir successivement toute la surface du corps. Ou bien il se porte dans un point plus ou moins éloigné, en respectant les parties intermédiaires : on le nomme alors *ambulant;* ce mode d'extension est le plus rare. Enfin il arrive assez souvent qu'en examinant au-delà des points où l'érysipèle semble limité, on aperçoit, disséminées çà et là, des taches rosées, irrégulières, qui bientôt se réunissent en une seule plaque franchement érysipélateuse. Il ne paraît pas qu'on ait jamais vu d'érysipèle *universel*, c'est-à-dire recouvrant toute la peau dans un seul et même instant. Les faits, soit anciens, soit modernes, qu'on cite comme des

exemples d'érysipèle universel, ne sont pas concluants, car il est facile de prouver que la plupart d'entre eux ne sont que des scarlatines méconnues, ou bien des érysipèles erratiques et ambulants. Après avoir persisté à un certain degré pendant quatre ou cinq jours, la tension diminue d'intensité; la surface pâlit, prend une teinte jaunâtre ou violacée, l'épiderme se ride; la douleur et la chaleur s'éteignent. La même série de phénomènes se reproduit dans les points qui ont été successivement envahis, et s'il y a eu entre chaque éruption un intervalle de trois, quatre ou cinq jours, on pourra, sur le même sujet, étudier la maladie dans ses différentes phases.

Terminaisons.— La plupart des érysipèles se terminent par résolution, avec desquamation de l'épiderme dans la partie affectée. La peau conserve ensuite pendant une ou plusieurs semaines une couleur violacée; le derme est épaissi, œdémateux. Dans les cas où l'érysipèle a occupé plusieurs fois le même point, la peau peut conserver pour toujours une teinte bleuâtre; la partie reste empâtée, œdémateuse : c'est ce qu'on observe surtout chez les vieillards dont les extrémités inférieures ont été plusieurs fois atteintes d'érysipèle.

On a dit que l'érysipèle pouvait se terminer par délitescence; mais ces faits, qui sont d'ailleurs très rares, se rapportent peut-être plutôt à l'érythème qu'à l'érysipèle. Dans ces cas, l'érysipèle disparaîtrait brusquement, et pour toujours, sans laisser de traces de son existence; ou bien il se reproduirait sur un point plus ou moins éloigné (*érysipèle erratique* ou *métastatique*). On a dit encore que la métastase, se faisant sur un organe intérieur, pouvait être suivie des plus graves accidents; mais l'observation n'a pas encore justifié ces craintes; car la délitescence, loin d'être la cause de quelque accident, paraîtrait être au contraire presque toujours consécutive à une phlegmasie d'un organe important. Enfin l'érysipèle peut se terminer par suppuration; il peut aussi produire l'ulcération de la peau, avec gangrène de cette membrane et des tissus subjacents; mais ce sont là des terminaisons qu'on peut appeler accidentelles, et dont nous parlerons plus bas avec quelques détails.

D'après ce qui précède, on a pu voir que l'érysipèle avait une marche toujours aiguë et continue ou exacerbante; mais après avoir cessé, la maladie peut se reproduire dans les mêmes points, soit spontanément, soit par quelque imprudence des malades, comme lorsqu'ils s'exposent à l'air froid ou qu'ils commettent des écarts de régime. Toutefois ces rechutes sont peu graves; la fièvre est peu intense, et la maladie a une durée beaucoup moins longue que dans la première attaque. Il est des individus chez lesquels les érysipèles se reproduisent au bout d'un temps plus ou moins long, quelquefois une ou plusieurs fois par an, et toujours aux mêmes époques (Lorry, Frank). On dit aussi avoir

vu quelquefois la maladie se reproduire périodiquement à de courts intervalles, et suivant un des types propres aux fièvres intermittentes. L'érysipèle présente, en général, d'autant moins d'intensité qu'il s'est déjà reproduit un plus grand nombre de fois chez le même individu.

Durée. — Tels sont les symptômes et la marche ordinaires de l'érysipèle, dont la durée moyenne est de douze à quinze jours pour une première attaque, et de cinq à huit pour les attaques subséquentes.

Cependant l'érysipèle ne se présente pas toujours avec les caractères que nous venons de lui assigner. La maladie présente, au contraire, des variétés nombreuses relatives, 1° aux phénomènes locaux, 2° aux symptômes généraux et sympathiques, 3° à son siége, 4° à ses modes de terminaison.

1° *Variétés de l'érysipèle relatives aux phénomènes locaux.* Lorsque l'érysipèle est très intense, de la sérosité est exhalée sous l'épiderme, qu'elle soulève. On voit alors se dessiner sur la surface enflammée, tantôt de petites vésicules semblables à celles de l'eczéma. (*érys. eczémateux* ou *miliaire*); d'autres fois ce sont des vessies, des ampoules (*érys. phlycténoïde, pemphygoïde* ou *bulleux*). Le liquide qui soulève l'épiderme, au lieu d'être séreux, peut devenir lactescent, et même tout-à-fait purulent (*érys. pustuleux*). Enfin quelquefois l'ampoule est remplie par un sang noirâtre, qui finit par se dessécher, qui d'autres fois infiltre le tissu du derme, et produit alors dans les deux cas, à la surface de la peau, des plaques noirâtres, qui effraient souvent les personnes inexpérimentées, et leur font croire à l'existence d'une gangrène. Quoi qu'il en soit, les vésicules distendues se déchirent, ou bien le liquide qu'elles contiennent se résorbe en partie, le reste se concrète, l'épiderme se fronce et se durcit, et il se forme une croûte blanche, grise ou noirâtre, qui tombe au bout de quelques jours. Fréquemment aussi l'érysipèle produit une infiltration séreuse du tissu cellulaire subjacent; on dit alors qu'il est *œdémateux*. Dans ce cas, la peau est lisse, unie, brillante; si on la comprime avec le doigt, on produit une dépression, comme dans toute partie œdémateuse. Cette forme de l'érysipèle se remarque surtout là où le tissu cellulaire est naturellement lâche, ou bien chez les sujets lymphatiques, débiles, affaiblis. Enfin, dans un grand nombre de cas, la phlegmasie de la peau se propage au tissu cellulaire subjacent; on dit alors que l'érysipèle est *phlegmoneux*. Dans cette forme de la maladie, la peau est plus dure, plus tendue, la rougeur ne disparaît plus par la pression, la tuméfaction des parties est considérable, les symptômes généraux et sympathiques sont plus graves; et c'est surtout alors qu'on voit la maladie se terminer par suppuration et par gangrène.

2° *Variétés des érysipèles relativement aux symptômes généraux et*

sympathiques. — Il est rare que l'érysipèle soit tout-à-fait apyrétique. L'absence de fièvre ne se remarque que dans les cas où la maladie est très bénigne, et bornée à un petit espace. Presque toujours il existe un appareil fébrile proportionné à l'intensité et à l'étendue de la phlegmasie cutanée. Le plus souvent la réaction est franche, et on observe la série de symptômes de l'état inflammatoire. Ailleurs on voit l'appareil symptomatique qui caractérise les formes adynamique et ataxique des fièvres graves. Cette variété se remarque spécialement sous l'influence de certaines constitutions médicales, ou lorsque l'érysipèle survient chez des individus affaiblis par l'âge et les privations, ou bien encore lorsque la maladie s'est terminée, sur une grande étendue, par suppuration et surtout par gangrène. Enfin, une des variétés les plus remarquables et les plus fréquentes de l'érysipèle est celle qu'on nomme *bilieuse*, parce qu'elle se complique d'embarras gastrique; la bouche est amère, la soif vive, la langue, la peau, l'urine sont jaunâtres; il y a des nausées, des vomissements et des déjections de nature bilieuse. Cette forme règne souvent d'une manière épidémique, surtout dans les hôpitaux et pendant les saisons chaudes et humides.

3° *Variétés des érysipèles quant à leur siége.* — Je ne parlerai que de l'érysipèle qui affecte si communément la face et le cuir chevelu. L'érysipèle de la tête débute presque toujours par la face et spécialement par le nez, le front ou la joue droite, et s'étend ensuite plus ou moins rapidement au reste de la figure et au cuir chevelu. C'est surtout dans les prodromes de cet érysipèle qu'on observe l'engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires et des parties latérales du cou. Lorsque toute la face est envahie, les individus sont devenus méconnaissables; les paupières, distendues, recouvrent les globes oculaires; les lèvres sont contournées, la bouche est entr'ouverte, l'articulation des sons est difficile ou impossible, le nez a acquis un volume énorme, les narines sont sèches et obstruées par du sang et du mucus. Si la phlegmasie a envahi les oreilles et le conduit auditif externe, les malades éprouvent des bourdonnements et de la surdité. L'érysipèle de cuir chevelu est très rarement primitif; sauf le cas où il reconnaît une cause traumatique, il survient presque toujours consécutivement à un érysipèle de la face. M. Chomel a parfaitement indiqué les phénomènes qui le distinguent de l'érysipèle de toutes les autres parties du corps. En effet, dans l'érysipèle du cuir chevelu, la rougeur manque, ou du moins elle est équivoque, ou plutôt on découvre une légère teinte rosée ou bleuâtre qui tranche un peu sur la couleur grisâtre naturelle au cuir chevelu. Mais les signes caractéristiques de la maladie sont une douleur tensive plus ou moins vive que la pression exaspère; enfin, en comprimant cette partie avec la pulpe du doigt, on produit une dépression en raison de l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire qui paraît être un phénomène à peu

près constant. Il est inutile de dire que chez les chauves l'érysipèle du cuir chevelu s'accompagne d'une rougeur franche comme dans les autres parties. Les érysipèles de la face et du cuir chevelu sont les plus graves, car ils se compliquent souvent de délire, lequel toutefois est bien plus souvent sympathique que l'effet d'une phlegmasie des méninges ou du cerveau, ce qui est une complication assez rare.

4° *Variétés relatives aux modes de terminaison.* — Nous avons vu que la résolution n'était pas le seul mode de terminaison de l'érysipèle ; que celui-ci pouvait être suivi de suppuration de gangrène et d'ulcération. La suppuration peut avoir lieu à la surface de la peau ; dans ce cas, l'épiderme est soulevé par du pus au lieu de l'être par de la sérosité ; mais c'est là un fait peu important ; il n'en est plus de même lorsque le pus se forme dans le tissu cellulaire sous-cutané, où le liquide est infiltré ou épanché. Ce mode de terminaison a rarement lieu dans toute l'étendue de la partie érysipélateuse, il est le plus souvent partiel ; ainsi, à la face, on l'observe presque exclusivement aux paupières. La suppuration est aussi un des accidents les plus graves de l'érysipèle du cuir chevelu ; on a quelquefois vu alors le pus décoller le péricrâne sur une grande surface, les os se carier, se nécroser et le tissu cellulaire être entraîné par lambeaux. Au milieu de ce désordre, la peau reste le plus souvent intacte et ne se mortifie pas comme le ferait la peau des membres si elle était largement dénudée. Dupuytren a expliqué ce fait remarquable par la disposition des artères, qui, au crâne, rampant entre l'aponévrose et la peau, adhèrent intimement à cette dernière, de sorte qu'elles continuent à alimenter cette membrane, même lorsque le tissu cellulaire sous-jacent a été détruit. Partout ailleurs, au contraire, lorsque la suppuration a désorganisé le tissu cellulaire sous-cutané, les vaisseaux qui le traversent sont eux-mêmes déchirés, oblitérés, détruits, et la peau, cessant d'être alimentée, est frappée de gangrène. Nous n'avons jamais vu les ganglions suppurer, même lorsqu'ils avaient été très tuméfiés et très douloureux.

La gangrène n'est pas toujours produite par l'intensité de la phlegmasie ; mais elle résulte souvent de l'état général cachectique des individus : c'est ainsi qu'elle est fréquente chez les vieillards, les enfans nouveau-nés et les sujets débilités. La mortification peut frapper primitivement le tissu cellulaire ou la peau ; dans ce dernier cas c'est communément au centre d'une phlyctène que la gangrène se déclare. Celle-ci est un accident fréquent lorsque la peau que l'érysipèle envahit est mince, fine, et lorsqu'elle est doublée par un tissu cellulaire lâche ; c'est ce qu'on voit, par exemple, dans l'érysipèle des paupières, du scrotum de la verge, et de grandes lèvres surtout chez les jeunes filles.

Si la suppuration et la gangrène sont limitées, il n'en résulte aucun accident grave ; mais si elles occupent une grande étendue, on voit

alors apparaître l'appareil symptomatique qui caractérise les états adynamique et ataxique.

Enfin l'ulcération est le mode de terminaison le plus rare de l'érysipèle ; on ne l'observe guère que dans certaines conditions graves de l'économie ; l'ulcération succède tantôt à une phlyctène, à une pustule ou à la chute d'une escarre. On peut, chez le même individu, observer à la fois plusieurs des modes de terminaison que nous venons d'indiquer ; c'est ce qu'on voit surtout pour l'érysipèle de la face, qui se termine souvent par suppuration dans les paupières, par gangrène, sur les oreilles et par résolution partout ailleurs.

Diagnostic. — On peut souvent prédire le développement prochain d'un érysipèle, lorsqu'un individu présentera pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures un malaise, de la fièvre et un engorgement douloureux des ganglions lymphatiques sous-maxillaires et cervicaux ; car, s'il n'existe dans la bouche ni à la gorge aucune lésion qui puisse expliquer ces phénomènes, on peut annoncer presque à coup sûr qu'un érysipèle apparaîtra bientôt sur un point quelconque de la face ou du cuir chevelu. L'érysipèle, une fois déclaré, sera facilement reconnu, et il sera impossible de le confondre avec la rougeole ou la scarlatine, avec la roséole, l'eczéma ; ni avec l'érythème, ni même avec une simple rougeur produite par l'insolation ou par un sinapisme, etc. ; car cette dernière reste bornée sur la peau où elle s'est développée, sans gagner les parties voisines comme le fait l'érysipèle. En outre, la rougeur est superficielle, et la peau n'est ni indurée ni épaissie. Ces différences s'appliquent aussi à l'érythème simple, qui, d'ailleurs, est souvent disposé par taches ou par plaques, tandis que l'érysipèle occupe communément une large surface. L'érythème noueux ne pourrait en imposer non plus pour un érysipèle phlegmoneux, en raison de la circonscription de l'aspect et de la forme bosselée de la tuméfaction, etc.

Pronostic. — Lorsque l'érysipèle se développe chez des sujets bien portants, il est rare qu'il se termine d'une manière funeste, même lorsqu'il envahit successivement toute la surface du corps. Toutes choses égales d'ailleurs, celui qui occupe à la fois la face et le cuir chevelu est le plus fâcheux. L'extension de la phlegmasie au tissu cellulaire, la suppuration diffuse, la gangrène, les symptômes adynamiques et ataxiques, sont tout autant de circonstances qui doivent aggraver le pronostic. Enfin, l'érysipèle qui survient dans le cours d'une autre maladie, même lorsqu'il est peu intense, est toujours une circonstance fâcheuse ; car s'il n'est pas assez grave pour entraîner la mort, il affaiblit du moins tellement les malades qu'il accélère le terme fatal ; c'est ce qu'on voit spécialement dans la fièvre typhoïde et dans la plupart des maladies chroniques. L'érysipèle est une maladie également fort grave chez les nouveaux-nés, en raison de la faiblesse des sujets, des complications

viscérales et de la fréquence de la gangrène; c'est ainsi que sur quarante-cinq cas d'érysipèles observés par Billard, Bang et OEsterleben, trente et un ont eu une issue funeste. L'érysipèle peut pourtant être utile quelquefois, en modifiant la marche de quelques affections chroniques et rebelles de la peau; cependant il n'est pas très rare de voir le contraire.

Il importe souvent au pronostic, et pour l'appréciation rigoureuse des moyens thérapeutiques, de déterminer si l'érysipèle a de la tendance à s'étendre sur d'autres parties, ou s'il va rester stationnaire pour décroître ensuite. La considération de l'état général, et surtout la diminution de la fièvre, peuvent fournir quelque présomption favorable; cependant on devra surtout se fonder sur l'aspect même de l'exanthème. Si l'érysipèle offre une rougeur vive, et *si aux limites de cette rougeur la peau gonflée forme un relief sensible*, on peut prédire que l'érysipèle n'est pas encore usé, et que sous peu il envahira, quoi qu'on fasse, les parties voisines. Lorsqu'au contraire l'intensité de la rougeur va en diminuant, et que vers la circonférence il n'existe plus que quelques taches rosées irrégulières, on devra croire que la maladie est bornée.

Etiologie. — Tous les points de la peau peuvent être affectés d'érysipèle; mais nulle partie n'y est plus sujette que la face; on peut même dire que celle-ci est à elle seule plus souvent affectée d'érysipèle que toutes les autres régions du corps réunies. Cependant cette prédisposition de telle ou telle partie à être plus spécialement affectée d'érysipèle varie aux différents âges de la vie : ainsi, chez les jeunes enfants, l'érysipèle du tronc est le plus commun (Billard), tandis que chez les vieillards, on observe plus souvent l'érysipèle des membres inférieurs; dans la jeunesse et l'âge adulte, c'est l'érysipèle de la face qui prédomine. Celui-ci est presque toujours primitif; il est très rare qu'il ne se développe que par suite de l'extension d'un érysipèle né dans un point plus ou moins éloigné; c'est le contraire pour l'inflammation du cuir chevelu. On observe l'érysipèle à tous les âges de la vie; mais d'après les calculs de Neuman, la maladie aurait son maximum de fréquence entre vingt et quarante-cinq ans. Les statistiques de J. Frank, de MM. Chomel, Louis, et nos observations, s'accordent pour prouver que l'érysipèle de la face est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Si les constitutions et les tempéraments ont quelque part dans la production des érysipèles, cette influence est inconnue, tandis que ces circonstances influent certainement sur la forme de la maladie, qui est franchement inflammatoire chez les sujets sanguins, et œdémateuse chez quelques individus débiles. On ne sait rien de précis sur les circonstances hygiéniques qui prédisposent aux érysipèles; tout ce qu'on a dit des effets produits par des aliments épicés, des boissons fermentées, etc., ne doit être accepté que comme de simples assertions. On ignore également l'influence des climats et même des saisons; car si J. Frank regarde les érysipèles

comme plus communs en hiver, MM. Chomel et Blanche les croient, au contraire, plus fréquents au printemps et surtout pendant l'automne. De temps en temps on voit les érysipèles régner en plus grand nombre, et devenir épidémiques sous l'influence de constitutions atmosphériques fort diverses. Il est des lieux où l'érysipèle règne, sinon habituellement, du moins fort souvent, de manière à pouvoir être regardé comme y étant endémique. On a signalé surtout certaines salles d'hôpitaux; c'est ainsi que la salle Saint-Côme de l'Hôtel-Dieu de Paris, avant d'être restaurée, était célèbre par les érysipèles qu'on y observait presque endémiquement.

Il est incontestable que, dans la grande majorité des cas, l'érysipèle survient sans le concours manifeste d'aucune cause déterminante. D'autres fois, au contraire, la maladie est consécutive à l'action d'une cause matérielle, telle que l'insolation, une solution de continuité, des frottements, l'irritation trop vive d'un exutoire, etc. Cependant, sans nier l'influence que ces causes exercent, on ne peut contester, je pense, qu'elles ne peuvent agir qu'en raison d'une prédisposition antécédente de la constitution, puisque ces mêmes causes ont souvent existé plusieurs fois chez le même sujet sans produire les mêmes résultats. Il faut donc reconnaître que, dans le cas spécial où elles ont été suivies d'un érysipèle, il a existé une cause inconnue quelconque, qui n'est autre que la prédisposition. Les causes occasionnelles peuvent hâter le développement de la maladie, la fixer sur tel point de la peau plutôt que sur un autre; mais là seulement se bornent leurs effets. Ces principes sont exactement ceux que professe M. Chomel; nous les adoptons complétement, et nous croyons, avec lui, que l'érysipèle n'est jamais le résultat d'une cause externe, ou du moins, si une cause pareille concourt à sa production, elle n'a qu'une part secondaire à son développement; elle suppose le concours d'une cause interne, d'une disposition particulière que nous ne connaissons pas.

Traitement. — On a préconisé contre l'érysipèle une foule de médicaments et de méthodes de traitement, depuis l'expectation jusqu'aux médications les plus actives; mais la thérapeutique de cette maladie devra varier suivant les formes que celle-ci présente. Lorsque l'érysipèle est benin, lorsqu'il s'accompagne de peu de fièvre, lorsqu'il se reproduit chez un sujet qui en a déjà eu plusieurs atteintes, on pourra alors ne faire qu'une médecine presque expectante. Les malades seront placés dans une température douce, la partie phlogosée sera mise dans la position la plus favorable pour favoriser la circulation veineuse; on donnera des boissons douces, acidules; cependant il sera utile de joindre à ces moyens l'emploi de quelques révulsifs sur la peau (sinapismes, pédiluves) et sur le tube digestif (laxatifs). C'est dans les cas dont je parle qu'il est permis d'employer une médecine peu active ou même expec-

tante. Mais nous ne saurions approuver ici ceux qui ont voulu appliquer indistinctement la méthode de l'expectation au traitement de tous les érysipèles. L'observation journalière prouve, en effet, que lorsque la maladie affecte un individu dans la force de l'âge, et qu'elle s'accompagne d'une vive réaction fébrile, lorsqu'enfin le pouls est large, dur, développé, il est utile ou plutôt urgent de pratiquer une ou même plusieurs saignées. Ces émissions sanguines modéreront la fièvre, borneront peut-être l'érysipèle, mais il ne faut pas espérer qu'on l'arrêtera brusquement, ni même qu'on abrégera beaucoup sa durée ; c'est ce qui résulte, en effet, des recherches de M. Louis, dont nous avons nous-même vérifié toute l'exactitude.

Nous ne dirons rien de M. Bouillaud, quoiqu'il prétende guérir les érysipèles *avec une facilité et une rapidité étonnantes* (textuel), en leur appliquant la formule des saignées coup sur coup; car, en consultant les trois exemples d'érysipèle intense publiés par l'auteur dans sa *Clinique*, et qu'il a traités d'après sa méthode, on voit que, dans un cas, l'érysipèle a parcouru une partie du corps, et a duré vingt et un jours (obs. 3e) ; que, dans un autre (obs. 4e), on n'a pu empêcher la formation d'abcès multiples : l'affection a persisté pendant trente-cinq ou quarante jours, et huit mois après la malade n'avait pas encore quitté l'hôpital ; enfin, dans le cas le plus favorable, la durée de l'érysipèle fut de treize à quinze jours. Pour couronner ces résultats, disons que les trois malades de M. Bouillaud, épuisées par les saignées et par la maladie, devinrent tout-à-fait anémiques. L'expérience des siècles s'est depuis longtemps prononcée contre l'emploi des saignées abondantes dans le traitement des érysipèles; car les pertes de sang ont pour résultat de favoriser le développement des accidents ataxiques, de prostrer les forces, qu'il faut ménager, surtout lorsque l'érysipèle a de la tendance à s'étendre, à devenir vague, car alors sa durée est indéterminée.

Lorsque les émissions sanguines sont indiquées, il faut préférer la saignée générale aux sangsues, qui offrent plusieurs inconvénients ; ainsi, appliquées sur l'érysipèle, elles le font souvent passer à l'état phlegmoneux, et si on les met dans le voisinage, les piqûres sont souvent le foyer, le point de départ d'un nouvel érysipèle, si le sujet y est très prédisposé ou si on observe en temps d'épidémie.

Nous croyons qu'en règle générale on doit s'abstenir de tous les topiques qu'on a conseillés, soit pour modérer l'inflammation de la peau, soit pour la limiter dans le point qu'elle occupe. Cependant, lorsqu'il y a beaucoup de tension, lorsque la phlegmasie gagne le tissu cellulaire, nous pensons qu'il est utile de plonger la partie malade dans un bain prolongé, et de l'entourer de cataplasmes de fécule de pommes de terre modérément chauds. Ces deux moyens sont impraticables ou incom-

modes dans l'érysipèle de la face. On a beaucoup vanté l'emploi des fomentations froides, astringentes; le camphre en poudre avec ou sans mouchetures, l'alcool camphré étendu d'eau, un mélange de basilicum et d'huile essentielle de térébenthine (liniment de Kentisch), une solution de nitrate d'argent, le protosulfate de fer en lotion (30 grammes par litre d'eau) ou en pommade (8 grammes pour 32 d'axonge); enfin on a même conseillé l'emploi du cautère actuel et du moxa : mais aucun de ces moyens n'a l'efficacité qu'on lui attribue, et la plupart sont dangereux. Pendant plusieurs années, le vésicatoire, appliqué au centre même de l'érysipèle, a joui d'une grande faveur en France. On sait que cette méthode, ancienne déjà de deux siècles, préconisée par Petit de Lyon, fut adoptée par Dupuytren, qui la regardait comme très efficace. Cependant, en consultant les faits que j'ai recueillis à la clinique même de ce grand maître, je me suis convaincu que le vésicatoire n'avait le pouvoir ni de borner l'érysipèle ni d'en abréger la durée. Mais il est certain que je n'ai jamais vu aucun accident résulter de l'application d'un ou plusieurs vésicatoires mis sur les parties de la peau qui étaient le plus enflammées et qu'ils n'ont laissé aucune trace après eux.

Dans ces derniers temps, on a encore préconisé contre les érysipèles les onctions avec l'onguent mercuriel; mais il est reconnu aujourd'hui que la plupart des guérisons attribuées à ce médicament doivent être uniquement rapportées à la marche naturelle de la maladie. D'ailleurs nous regardons cette médication comme dangereuse, et nous voulons qu'on la proscrive tout-à-fait, car elle produit souvent des salivations incommodes, interminables, et deux fois j'ai vu la vie des malades en péril par suite d'un gonflement énorme de la langue, qui empêchait la déglutition et gênait l'entrée de l'air. Quelques personnes ont encore conseillé les onctions avec l'axonge fraîchement préparée. Ce moyen, que nous avons vu employer par M. Martin Solon, nous a paru, en effet, diminuer la sensation de brûlure et de tension des parties affectées; mais ces soulagements sont en général de très courte durée. Enfin, pour terminer, nous mentionnerons la compression comme un moyen efficace et qu'on a conseillé dans l'érysipèle. Cependant il serait dangereux de l'employer lorsque la phlegmasie est encore intense; mais ce n'est guère que lorsque la maladie est à son déclin, lorsque le derme reste épaissi et le tissu cellulaire œdémateux, que la compression est réellement utile.

Parmi les moyens qu'on a préconisés pour borner les érysipèles, on distingue surtout la cautérisation avec le nitrate d'argent, et les vésicatoires. On a dit, en effet, qu'en cautérisant légèrement le peau avec un crayon de nitrate d'argent au pourtour de l'érysipèle, ou bien en appliquant sur les limites de l'exanthème un vésicatoire de quelques centi-

mètres de large, on bornait la maladie et on l'empêchait d'envahir de nouvelles parties. Mais nous regardons ces moyens comme n'ayant pas l'efficacité qu'on leur attribue. Si quelques médecins ont cru à la puissance des vésicants et des escarrotiques pour borner la maladie, c'est qu'ils ont attribué à ces agents thérapeutiques ce qui n'était qu'un effet de la marche naturelle de la maladie. Ainsi, lorsqu'on a cautérisé ou qu'on met un vésicatoire autour d'une surface érysipélateuse dont le pourtour offre une rougeur peu vive, mal circonscrite, parfois disséminée par plaques, et sans relief du derme, il n'y a rien d'étonnant que la maladie ne franchisse pas les limites qu'on lui a tracées; car, aux caractères que je viens d'indiquer, on doit soupçonner que l'érysipèle a déjà de la tendance à s'arrêter spontanément. Mais pour apprécier le degré d'efficacité des moyens dont je parle, il faut les employer *exclusivement*, comme nous l'avons d'ailleurs fait nous-même avec M. Chomel, au pourtour d'érysipèles qui, bien circonscrits, rouges, durs et formant relief à leur circonférence, présentent tous les caractères extérieurs qui indiquent que la maladie n'est pas usée, et qu'elle a de la tendance à envahir de nouvelles surfaces. Or nous affirmons que le vésicatoire ou la cautérisation employés dans ces circonstances sont sans effet, et n'empêchent pas l'érysipèle de s'étendre au-delà. Cette opinion est aussi celle de M. Requin, du moins pour ce qui concerne l'azotate d'argent.

L'érysipèle peut présenter encore quelques indications spéciales à remplir, résultant de ses complications. Ainsi, les signes d'embarras gastrique seront combattus par les évacuants. Dans certaines constitutions épidémiques, il suffit d'obéir à cette indication pour modifier rapidement la marche de la maladie. Si la prostration est grande, le pouls petit, dépressible, il faudra soutenir les forces par l'emploi des toniques, des cordiaux; enfin, si le délire survient, on en recherchera la cause. Dépend-il de l'intensité de l'érysipèle ou d'une phlegmasie des méninges, on insistera sur les antiphlogistiques; coïncide-t-il avec l'adynamie, on donnera les toniques. Enfin, le délire est-il l'effet d'une simple perversion nerveuse, on tentera l'emploi de quelques antispasmodiques, et surtout du musc ou du camphe uni au nitre et à l'opium. Il est encore des indications spéciales suivant le mode de terminaison de la maladie. Ainsi une collection purulente s'est-elle formée, il faut lui donner issue. L'érysipèle s'est-il terminé par gangrène, on favorise la chute des escarres; par des cataplasmes émollients, si la mortification est l'effet de l'intensité de l'inflammation; par des topiques excitants tels que le styrax, le kina, le chlore, si la gangrène est l'effet de la débilité ou d'un état cachectique. Enfin, dans l'érysipèle ulcéreux, on observe les soins de propreté, on panse les solutions de continuité avec du cérat, et si l'ulcération faisait trop de progrès, il pourrait être nécessaire d'essayer à la borner par la cautérisation.

Enfin, il est quelques précautions à prendre quand l'érysipèle affecte certaines parties du corps. Ainsi la maladie occupe-t-elle la face, on se hâtera d'enlever les boucles d'oreilles, car la constriction produite par elles pourrait amener la gangrène du lobule si l'érysipèle s'étendait jusqu'à lui. Dans l'érysipèle de la vulve, il faudra interposer entre les grandes et les petites lèvres un plumasseau de charpie ou un linge fin, afin de prévenir les adhérences qui se sont quelquefois établies entre ces parties à la suite de leur érosion ou de leur ulcération.

Il est des individus très prédisposés aux érysipèles, et qui contractent cette maladie à certaines époques plus ou moins déterminées; il n'y a aucun moyen pour la prévenir. Les bains, les boissons acidules, tempérantes, les apéritifs, les amers, les purgatifs qu'on conseille dans ces cas, ont rarement les effets que quelques personnes en espèrent.

Nature. — On a beaucoup discuté ou plutôt divagué sur la nature de l'érysipèle, qu'on a regardé pendant longtemps comme produit par la stagnation ou l'altération de la bile. Il est incontestable que l'érysipèle est une phlegmasie cutanée; mais est-ce une inflammation simple; ou bien l'altération de la peau ne serait-elle qu'un des symptômes d'un état général? Dans l'état actuel de la science, il est impossible de répondre à cette question; cependant nous dirons, avec MM. Chomel et Blache, que si on considère la mobilité de l'érysipèle, le trouble des fonctions digestives, la disproportion qu'il y a souvent entre les symptômes généraux et le peu d'étendue de la phlogose cutanée, enfin l'insuffisance des moyens antiphlogistiques et le développement presque toujours spontané de la maladie, on sera autorisé à penser que les phénomènes inflammatoires dont les téguments sont le siége ne constituent pas toute la maladie. Cependant nous ne croyons pas avec Rust qu'on puisse considérer l'érysipèle comme une fièvre exanthématique.

DE LA PELLAGRE.

La pellagre est une maladie presque inconnue dans ce pays; elle est, au contraire, endémique dans les plaines de la Lombardie, et paraît consister en une inflammation particulière de la peau se compliquant d'altérations graves du côté des organes digestifs et cérébraux. La pellagre, bien étudiée en Italie par G. Strambio, a été mieux connue en France depuis un travail intéressant de M. Brière de Boismont.

Symptômes. — Cette maladie est ordinairement précédée d'accablement, de malaise et de diarrhée; bientôt apparaissent sur les membres ou à la face des plaques érysipélateuses, prurigineuses, avec gonflement et tension de la peau; elles ne tardent pas à se couvrir d'écailles semblables à celles du psoriasis; ces plaques s'agrandissent et finissent par se réunir. Alors la peau s'épaissit, se fendille, et les croûtes en se

détachant laissent une surface rouge et luisante. Dans cette première période de la maladie, on observe de la diarrhée et de la fièvre; cependant, au bout de quelques mois, les accidents se calment, et la peau reprend son état habituel. Mais l'année suivante, au retour du printemps, la maladie reparaît avec plus d'intensité, les croûtes occupent une plus large surface; les malades ne peuvent plus travailler; ils ont des crampes et des mouvements spasmodiques dans les membres. Vers l'automne, ces symptômes peuvent encore cesser; toutefois leur rémission est rarement complète. Enfin, dans la troième année, la maladie reparaît avec une nouvelle intensité, la fièvre est plus forte, il y a souvent un dévoiement colliquatif, de l'anasarque, divers accidents nerveux comme des crampes, des contractures, des accès épileptiques; beaucoup de malades deviennent maniaques ou tombent en démence; enfin, la mort survient dans le marasme. La durée de la maladie est rarement moindre de trois ans; elle se prolonge souvent pendant six, huit, douze années et même davantage.

On dit qu'on trouve toujours, à l'autopsie de ceux qui succombent, quelque grave altération dans les organes digestifs et souvent aussi dans les centres nerveux; toutefois nous n'avons pas encore à ce sujet des données bien positives, et il est surtout impossible de déterminer si les lésions viscérales constituent la maladie tandis que l'affection cutanée ne serait qu'une épiphénomène, un état symptomatique, ou si, au contraire, celle-ci formerait le caractère distinctif de la pellagre.

Causes. — Elle affecte plus de femmes que d'hommes; elle est héréditaire. Elle est à peu près exclusive aux individus de la classe la plus infime de la population. Il est probable que l'humidité, que l'usage d'eaux malsaines et d'une nourriture insuffisante y prédisposent ou même la déterminent. Toutefois, les nombreuses recherches entreprises jusqu'à présent n'ont conduit à aucun résultat satisfaisant pour connaître les causes et la nature de la pellagre.

Traitement. — Le traitement consiste surtout à éloigner les malades des lieux où l'affection règne endémiquement, puis on combat les symptômes viscéraux par les moyens appropriés. Des bains simples ou alcalins peuvent modifier avantageusement l'état de la peau.

DE L'URTICAIRE.

Synonymie. — Fièvre ortiée, porcelaine; *uredo, purpura urticata, epinyctis pruriginosa, essera.*

On donne le nom d'*urticaire* à un exanthème non contagieux, formé par des plaques saillantes irrégulières, plus blanches ou plus rouges que la peau environnante, très fugaces, et s'accompagnant toujours d'un prurit incommode. L'urticaire est ainsi nommée parce que l'éruption

ressemble beaucoup à celle que produit sur la peau le contact de l'ortie (*urtica urens*). Cette maladie est très anciennement connue; elle a été, en effet, bien décrite par Celse, et plus tard par les Arabes.

Symptômes, marche. — L'urticaire présente quelquefois des prodromes, tels que malaise, lassitudes, courbatures, fièvre, perte d'appétit, embarras gastrique, vomissements, diarrhée. D'autres fois, l'éruption a lieu sans être accompagnée d'aucun dérangement dans la santé. Les malades accusent alors sur diverses parties de la peau un prurit intense qui les excite à se gratter. Sur ces mêmes points, on voit naître des plaques dures et saillantes, arrondies ou ovalaires, ayant de 5 millimètres à 4 ou 5 centimètres d'étendue; les unes sont légèrement rosées; les autres, au contraire, sont plus blanches que les parties voisines. Leur nombre varie : tantôt on n'en compte que deux ou trois; d'autres fois elles sont très abondantes, et deviennent confluentes dans plusieurs points. Cette éruption s'accompagne d'un sentiment de cuisson et d'un prurit très incommode, qui augmente après les repas, par la chaleur du lit, par le voisinage d'un foyer, ce qui ne laisse aucun repos aux malades. Ces plaques disparaissent en général promptement; souvent elles n'ont qu'une durée de trois ou quatres minutes; d'autres persistent pendant une, deux ou trois heures, mais elles se reproduisent ailleurs. Quelquefois elles sont suivies d'une légère exfoliation de l'épiderme; cependant, dans quelques cas, la même plaque peut rester sans changement pendant un, deux ou trois septénaires (*urticaria perstans* de Willan).

Variétés. — Willan a admis six variétés d'urticaire, qu'on peut réduire à trois; ce sont : 1° l'urticaire *fébrile*, ou *fièvre ortiée* proprement dite (*urticaria febrilis*), qui est généralement précédée et toujours accompagnée d'un mouvement fébrile, et se lie fréquemment à un dérangement des fonctions digestives. Sa durée moyenne est d'un septénaire. Cette variété se présente quelquefois avec les symptômes d'une fièvre intermittente. MM. Cazenave et Schedel l'ont vue alors revenir régulièrement pendant l'accès, et cesser entièrement durant l'apyrexie, sans qu'il soit possible de déterminer si dans ces cas l'urticaire n'était qu'un épiphénomène, ou bien si elle constituait la maladie principale; 2° l'urticaire *fugace* (*urticaria evanida*), qui ne s'accompagne ni de fièvre ni le plus souvent d'aucun malaise, qui paraît et disparaît au bout de quelques heures et se reproduit ainsi à des intervalles plus ou moins rapprochés, pendant des mois ou même plusieurs années. Biett l'a vue durer sept années consécutives. 3° Une variété assez rare est celle qu'on a nommée *urticaria tuberosa*, parce qu'elle est formée par de véritables tubérosités dures, profondes, saillantes, très douloureuses, qui gênent les mouvements des membres sur lesquels elles siègent, qui apparaissent le soir ou la nuit, et disparaissent le lendemain, en laissant les malades

plus ou moins faibles et abattus (*epinyctis*). Cette forme d'urticaire est rare, et sa durée, qui n'est jamais moindre de deux ou trois mois, a été quelquefois de trois ou quatre ans.

Diagnostic. — La forme, la couleur, l'élévation des plaques, le prurit dont elles sont le siége, la durée éphémère caractérisent suffisamment l'urticaire, et empêcheront de la confondre avec l'érythème ou avec une autre maladie et notamment avec le *lichen urticans*.

Pronostic. — Si l'urticaire ne met pas la vie des malades en péril, elle n'en constitue pas moins une affection pénible, incommode, en raison des démangeaisons qu'elle détermine, et souvent à cause de sa durée.

Causes. — L'urticaire est plus commune chez les enfants, chez les femmes, les sujets irritables, nerveux; dans les saisons et les pays chauds. Cette maladie survient souvent sans cause appréciable; mais fréquemment elle est consécutive à une émotion morale vive, ou à l'ingestion de certaines substances dans l'estomac, telles que le baume de copahu, certains poissons de mer, et de plusieurs coquillages, comme les moules etc. Chez d'autres individus, ayant une idiosyncrasie particulière, la chair de porc, les viandes fumées, certains fruits, produisent les mêmes effets. Enfin, l'urticaire peut être produite directement par le contact des feuilles d'orties, de certaines chenilles, et, chez les individus prédisposés, par le simple frottement.

Traitement. — L'urticaire qui est produite par des causes directes ou locales se dissipe le plus souvent toute seule; cependant si les démangeaisons sont très vives, on pourra conseiller des bains alcalins contenant 64 à 96 grammes de sous-carbonate de potasse, ou bien on fera des lotions avec de l'eau blanche. Lorsque l'urticaire s'accompagne de fièvre, il faut prescrire des boissons acidules tempérantes, des bains tièdes, des laxatifs et la diète. Il est rare qu'il soit nécessaire de recourir aux émissions sanguines : on le fera pourtant si le sujet est pléthorique. Si la maladie survient après l'ingestion de certains aliments, on se hâtera de donner un vomitif ou un purgatif, suivant que ces substances sont dans l'estomac ou dans les intestins; on prescrira ensuite quelque boisson fortement acidulée. Si ces aliments ont produit une indigestion, on donnera quelque infusion théiforme aromatique.

L'urticaire chronique est souvent difficile à combattre; sa persistance dépend parfois du genre de régime des individus : aussi Willan conseille-t-il de retrancher successivement les différents mets et les différentes boissons dont usent habituellement les malades, et souvent alors on finit par découvrir la substance qui est devenue incompatible avec l'idiosyncrasie du sujet. Dans ces urticaires chroniques, on donnera utilement des purgatifs répétés, des boissons acidules, des substances amères. Les bains surtout sont avantageux; on les donne tièdes ou

froids, simples, alcalins ou acides (30 à 120 grammes acide sulfurique). Chez les sujets débilités, on retirera des avantages de l'emploi des bains de mer. Enfin Biett a guéri une urticaire rebelle par l'emploi de la solution de Fowler, d'autres par les douches et les bains de vapeur. Que la maladie soit aiguë ou chronique, lorsque le prurit est très incommode, on essaiera de le calmer par des lotions acidulées, et si le sommeil est empêché, on prescrira l'opium. L'urticaire qui est liée à l'existence d'une fièvre intermittente sera traitée par le sulfate de quinine.

INFLAMMATIONS VÉSICULEUSES.

Les maladies de ce groupe sont caractérisées par la formation de *vésicules*. On donne ce nom à de petites tumeurs formées par le soulèvement de l'épiderme, et remplies par un liquide séreux et transparent. La sérosité peut être résorbée; d'autres fois elle s'épanche à la surface de la peau par suite de la rupture de la tumeur, et elle forme en se desséchant des lamelles ou des croûtes minces et jaunâtres; ailleurs la peau peut être excoriée ou ulcérée. On doit distinguer deux espèces de vésicules : les unes sont précédées de rougeur plus ou moins vive, et leur base est plus ou moins enflammée; les autres, au contraire, se développent primitivement sans lésion antécédente de la peau. Dans le premier groupe, on trouve la varicelle, quelques espèces d'herpès, l'hydrargyrie, la suette et la gale; dans la seconde sont les sudamina et l'eczéma. Nous avons déjà parlé de la varicelle, de la suette et des miliaires; nous renvoyons l'histoire de la gale aux maladies produites par les animaux parasites, celle de l'hydrargyrie aux maladies mercurielles. Nous ne devons donc nous occuper ici que de l'herpès et de l'eczéma.

DE L'HERPÈS.

Le mot *herpès*, employé pendant longtemps comme synonyme de *dartre*, a été consacré depuis Willan et Batmann pour désigner un groupe de maladies cutanées caractérisées par le développement d'un nombre plus ou moins considérable de vésicules rassemblées *en groupes sur une base enflammée*, et séparées par des portions de peau tout-à-fait intactes. Cette maladie, dont la marche est aiguë et la durée assez courte, n'a jamais de gravité. On en a distingué plusieurs espèces. Leurs différences tiennent, 1° au siége (*herpès labialis et præputialis*); 2° à l'arrangement des groupes vésiculeux (*herpès phlyctenodes, zoster, circinatus*); ou bien à la coloration du limbe qui les entoure (*herpès iris*). Les affections herpétiques ont toutes une marche aiguë, une durée assez courte, une terminaison toujours ou presque toujours heureuse.

A. *Variétés de siége.*

1° *Herpès labialis.* — On sait qu'à la suite des fièvres éphémères, catarrhales et de quelques maladies aiguës, comme la pneumonie, ou bien encore à la suite de l'impression du froid et du contact de certaines substances irritantes, etc., il se développe sur les lèvres, autour de la bouche, des groupes plus ou moins nombreux de vésicules. Cette éruption n'occupe ordinairement qu'une des lèvres, et même une partie de l'une d'elles; rarement elle gagne les joues, le nez et le menton. Les vésicules peuvent se développer exclusivement sur la peau des lèvres ou sur leur bord libre; mais le plus souvent elles existent au point de jonction de la muqueuse labiale et de la peau.

L'herpès labialis apparaît tantôt d'emblée, d'autres fois il est précédé pendant quelques heures de rougeur et de tuméfaction, de chaleur brûlante. Bientôt on voit poindre des vésicules; le liquide, d'abord transparent, devient trouble au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, et dès le quatrième ou cinquième jour, les vésicules, dont les plus grosses ont à peine le volume d'un pois, se rompent, et il se forme quelques croûtes jaunâtres. Cette éruption est souvent critique; elle n'exige presque jamais de traitement. Cependant si elle s'accompagnait de chaleur et de douleurs trop vives, on ferait quelques lotions avec de l'eau fraîche, à laquelle on ajoutera quelques gouttes de sous-acétate de plomb liquide.

2. *Herpès præputialis.* — Des vésicules d'herpès se développent fréquemment sur la peau ou la muqueuse du prépuce; elles sont tantôt spontanées, d'autres fois précédées par des taches rouges de la largeur d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc. La marche de l'affection varie suivant le siége qu'elle occupe: si les vésicules se développent sur la surface cutanée, le liquide se trouble rapidement; les vésicules se flétrissent au bout de trois, quatre ou cinq jours; enfin il se forme de petites squames ou une exsudation, et tout est terminé après un septénaire. Les vésicules qui siègent sur la muqueuse excitent des cuissons plus fortes; leur développement s'accompagne de chaleur et d'un prurit très incommode; elles sont extrêmement ténues. Vers le quatrième jour le liquide se trouble, l'épithélium se rompt et laisse à nu une petite excoriation rosée et superficelle, ou bien ayant un fond blanchâtre et des bords un peu saillants, et dont la cicatrisation peut se faire attendre pendant sept ou huit jours. Biett a quelquefois observé l'herpès præputialis à l'état chronique: il y a alors des éruptions successives qui finissent par rendre la peau du prépuce rude, ratatinée, indurée; celle-ci enfin se gerce, se fendille par les moindres tractions qu'on opère sur elle.

Diagnostic. — Au début, lorsqu'il existe deux ou trois vésicules dé-

veloppées sur une base enflammée, et qui sont le siége de cuisson et de purit, il est impossible de dire si c'est un herpès ou un chancre syphilitique qui commence; mais le doute disparaît bientôt; en effet, l'ulcération syphilitique est remarquable par sa profondeur, par la couenne blanche qui recouvre sa surface et par ses bords indurés et relevés, tandis que l'ulcération herpétique offre des conditions tout opposées. Enfin s'il n'existe plus que des squames, on ne pourra croire à une syphilide, car celle-ci produit des croûtes épaisses, dures et noirâtres.

Etiologie. — L'herpès du prépuce n'affecte guère que les adultes et les jeunes gens; le défaut de propreté, le coït avec des femmes sales, des frottements contre des vêtements grossiers, sont les causes principales de la maladie.

Traitement. — On lavera le prépuce avec une décoction de guimauve additionnée de quelques gouttes d'extrait de saturne; lorsqu'il existe une ulcération, on la recouvrira de charpie râpée. L'herpès chronique exige des lotions alcalines, des bains de vapeur alcalins, sulfureux, et quelques laxatifs; on s'opposera au resserrement du prépuce. L'opération du phimosis ou la circoncision pourront devenir quelquefois nécessaires.

B. *Variétés de forme.*

1° *Zona ou zoster.* — L'herpès zoster ou zona est caractérisé par des groupes plus ou moins nombreux de vésicules, siégeant sur une base enflammée et occupant seulement une des moitiés du corps

Symptômes. — Le zona a souvent des prodromes, tels que malaise, accablement, troubles divers des organes digestifs. Bientôt toute la peau où l'éruption va se faire devient, dans les douze ou vingt-quatre heures qui précèdent celle-ci, le siége de cuissons, de picotements et de brûlure. L'éruption, commençant par des taches rouges irrégulières, offre les caractères de l'herpès : ce sont, en effet, des groupes en général discrets, et parfois confluents, de vésicules aplaties et violacées, siégeant sur un point enflammé et séparées par des portions de peau saine. Cette éruption est toujours bornée à une moitié du corps; on l'observe, en général, sur le ventre, puis sur la poitrine, où elle forme une demi-ceinture de 3 à 5 centimètres de large; moins souvent elle siége aux membres, plus rarement encore au cou ou sur une moitié de la face et du cuir chevelu. La maladie occupe plus souvent le côté droit que le côté gauche, et cela dans le rapport de 19 à 1, d'après MM. Cazenave et Schedel, et dans celui de 37 à 16, suivant M. Rayer. Les vésicules, dont quelques unes acquièrent le volume d'une lentille ou d'un gros pois, deviennent opalines au bout de cinq à six jours et la rougeur diminue. Parmi les vésicules, les unes se flétrissent par l'absorption du liquide, d'autres se déchirent, laissent à nu le corps muqueux excorié et sup-

parent ; enfin, dans la plupart des cas, des croûtes jaunâtres minces se forment. Lorsque celles-ci tombent, on trouve la peau brunâtre, violacée ; quelquefois elles laissent des excoriations, ou plutôt des ulcérations qui se cicatrisent assez lentement, en laissant des marques indélébiles ; enfin, chez des vieillards débilités, on a quelquefois vu la peau, siége de l'éruption, être frappée de gangrène. L'éruption des groupes de vésicules s'étant faite successivement, souvent à plusieurs jours de distance, il s'ensuit qu'on peut voir sur le même sujet la maladie parvenue à ses différentes phases. La durée du zona varie entre un et trois septénaires ; il ne passe jamais à l'état chronique.

Cette maladie ne s'accompagne jamais d'accidents graves. Dans la période la plus aiguë, les malades sont tourmentés par des élancements, une cuisson, une chaleur, une brûlure dans les parties affectées ; les souffrances sont quelquefois assez graves pour empêcher complétement le sommeil. Souvent alors il y a un appareil fébrile médiocre, de l'inappétence, de la soif, de la constipation, ou un peu de dévoiement ; enfin, pendant la convalescence, quelques malades se plaignent d'éprouver des élancements douloureux dans les points que l'éruption a occupés ; ces douleurs, qui quelquefois persistent indéfiniment, semblent dépendre d'une névralgie des nerfs intercostaux.

Diagnostic. — Le caractère vésiculeux de la maladie, les vésicules disposées par groupes, siégeant exclusivement sur une moitié du corps, forment une réunion de caractères qui n'appartiennent qu'au zona.

Pronostic. — Le zona n'est presque jamais grave, excepté pourtant dans les cas très rares où la maladie est suivie de gangrène.

Etiologie. — Le zona affecte plus souvent les hommes, les sujets jeunes et dont la peau est blanche ; il est plus fréquent dans les saisons chaudes et humides ; on l'a vu quelquefois régner épidémiquement.

Traitement. — Le repos, les bains tièdes, les boissons acidules, les préparations d'opium si la cuisson empêche le sommeil, sont les seuls moyens qu'il convient généralement d'employer. On s'abstiendra d'appliquer aucun topique et surtout des cataplasmes, car ils favorisent les ulcérations. On a conseillé la cautérisation des vésicules avec le nitrate d'argent ; mais cette méthode n'a aucun avantage, et surtout elle n'abrège pas la durée de la maladie. Si des ulcérations succèdent à la chute des croûtes, on les panse avec du cérat opiacé ou de saturne ; enfin les douleurs névralgiques qui persistent pendant la convalescence cèdent toujours à l'emploi d'un vésicatoire.

2° *Herpès circinatus.* — L'herpès circinatus est caractérisé par des vésicules très petites, siégeant sur un fond rouge et formant des anneaux ou des cercles complets dont le centre est intact.

Symptômes. — Une rougeur, pouvant n'avoir que l'étendue d'une pièce d'un franc, ayant d'autres fois 5 ou 6 centimètres de diamètre,

de forme ronde ou ovale, moins foncée au centre qu'à la périphérie, constitue le premier degré de la maladie. Bientôt la circonférence se garnit de vésicules très petites et globuleuses; le liquide que celles-ci contiennent, d'abord transparent, se trouble ensuite; la dessiccation s'opère plus tard; enfin les croûtes tombent. La maladie est alors terminée, et il ne reste plus qu'une rougeur vive qui disparaît lentement. Le centre de l'anneau où pourtant on ne voit jamais de vésicules, mais qui a été le siége d'une rougeur plus ou moins vive, s'exfolie quelquefois.

L'herpès circinatus est une affection très bénigne, ne produisant qu'un peu de cuisson et de purit; sa durée moyenne est de huit à dix jours; cependant, s'il existe un grand nombre d'anneaux, et s'ils se sont développés successivement, la maladie peut se prolonger pendant deux ou trois septénaires.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut présenter, en général, aucune difficulté sérieuse. Nous verrons plus tard que si l'aspect de l'éruption herpétique, à certaines périodes, lui donne un peu de ressemblance avec la lèpre, le lichen circonscriptus et le porrigo scutulata, cependant il y a dans les caractères extérieurs de ces affections assez de dissemblances pour qu'un œil attentif les distingue aisément.

Etiologie. — L'herpès circinatus affecte surtout les enfants et les jeunes personnes; les filles blondes dont la peau est fine et blanche y sont très sujettes. Les anneaux herpétiques peuvent se développer sur toutes les parties du corps; mais on les voit surtout sur les joues et le menton.

Traitement. — Des lotions alcalines ou légèrement astringentes avec l'alun, le sulfate de zinc et le sous-acétate de plomb sont le seul traitement qu'il convient d'opposer à cette légère affection.

3° *Herpès phlycténodes.* — On donne le nom d'herpès *phlycténoïdes*, *phlycténodes* ou *miliaire* à une éruption de vésicules agglomérées en plus ou moins grand nombre sur une surface enflammée, disposée par plaques plus ou moins irrégulières.

Symptômes. — Dans les points où l'éruption doit se développer, on voit d'abord se former un certain nombre de petits points rouges presque imperceptibles, groupés et très rapprochés entre eux. Le lendemain, cette surface plus ou moins irrégulière, et variant pour l'étendue entre celle d'une pièce de deux francs et celle de la paume de la main, est recouverte de vésicules dures, très petites pour la plupart; quelques unes cependant acquièrent le volume d'un pois. Parfaitement transparentes à leur début, elles se troublent rapidement; et souvent douze ou vingt-quatre heures après leur formation, le liquide qu'elles contiennent est déjà lactescent. Vers le troisième jour, l'éruption se flétrit, au huitième elle est tout-à-fait affaissée; on trouve en outre des croûtes, et çà et là quelques ulcérations superficielles. Enfin, du douzième au quinzième

jour, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, la guérison est complète, et il ne reste plus de l'éruption qu'une coloration rougeâtre de la peau qui disparaît lentement. L'herpès phlycténodes ne produit en général que la douleur prurigineuse ou la cuisson qui accompagne presque toutes les éruptions herpétiques. Cependant, s'il existe un grand nombre de plaques, et si celles-ci sont très étendues, on peut observer de la fièvre ou un état de malaise, et divers dérangements des organes digestifs, accidents qu'on observe quelquefois pendant un ou deux jours comme prodromes.

Diagnostic. — La réunion de vésicules nombreuses sur une surface enflammée, disposée par plaques, caractérise assez la maladie pour qu'on ne puisse jamais la confondre avec aucune autre affection vésiculeuse ou bulleuse.

Etiologie. — Les causes de la maladie sont très obscures; cependant l'herpès phlycténodes, plus fréquent dans les climats chauds, affecte surtout les jeunes gens. On a dit qu'il se développait souvent à la suite d'une insolation prolongée, de veilles ou d'excès dans le régime.

Traitement. — Il est rare que la fièvre soit assez intense pour exiger l'emploi de la saignée: en général, des boissons délayantes et acidules, quelques bains, des lotions narcotiques et émollientes, et plus tard alcalines et résolutives, sont les seuls remèdes à opposer à une maladie qui est toujours bénigne.

4° *Herpès iris.* — C'est une forme très rare de la maladie, et que Batmann a le premier indiquée. Elle consiste dans de petits groupes de vésicules entourées de quatre anneaux concentriques, érythémateux, de nuances différentes, ce qui fait que les malades comparent quelquefois leur éruption à de petites cocardes.

L'herpès iris occupe de préférence les parties saillantes, comme les malléoles, ou bien la face, les mains, le coude, les pieds, les doigts, le cou. La maladie débute par de petites taches circulaires formées par des zones de couleurs différentes; dès le deuxième jour, il se forme, en outre de ces taches, une vésicule bientôt entourée de vésicules plus petites qu'elle. Après deux ou trois jours, la vésicule centrale est aplatie, son liquide est trouble; on distingue bien alors quatre anneaux érythémateux; le plus interne est d'un rouge brun, le second d'un blanc jaunâtre, le troisième d'un rouge foncé, enfin le dernier a une teinte rosée qui se confond peu à peu avec la couleur de la peau; cependant ces nuances ne sont pas toujours aussi distinctes. Chacun de ces anneaux peut se couvrir de vésicules, mais celles-ci se développent surtout sur le premier. L'herpès iris se termine par desquamation vers le dixième ou douzième jour.

Les causes de l'herpès iris sont inconnues; on paraît l'avoir surtout

observé sur les sujets jeunes et blonds. Le traitement de l'herpès circinatus lui est applicable.

DE L'ECZÉMA.

Synonymie. — Dartre squameuse humide, dartre vive, gale épidémique, etc., vient de ἐκζέω, *effervesco*.

Le mot *eczéma*, employé par quelques auteurs anciens pour désigner des inflammations phlycténoïdes légères, a été consacré par Willan à dénommer un des genres des affections vésiculeuses, caractérisé par l'éruption de vésicules très petites agglomérées en grand nombre sur des surfaces généralement larges et irrégulières, vésicules dont les unes disparaissent par la résorption du liquide, dont le plus grand nombre se déchirent, et sont suivies d'excoriations superficielles, d'une exhalation séro-purulente, et de la formation de squames ou de furfure.

Depuis Biett l'eczéma a été divisé en *aigu* et en *chronique*. L'eczéma aigu présente lui-même trois variétés principales qui sont : l'eczéma *simplex*, *rubrum* et *impetiginodes*.

1° *Eczéma simplex.* — Cette forme apparaît ordinairement sans prodromes. Les malades éprouvent seulement un prurit plus ou moins incommode sur un point où la peau conserve sa couleur ordinaire, mais où l'on ne tarde pas à distinguer un grand nombre de vésicules très petites, très rapprochées entre elles, offrant un aspect brillant à cause de la sérosité transparente quelles contiennent. Il faut, parfois, s'armer d'une loupe pour pouvoir les distinguer. Bientôt le liquide se trouble, prend une teinte laiteuse ; tantôt il est résorbé, d'autres fois il s'épanche par la rupture de la vésicule. Dans le premier cas, il en résulte une desquamation insensible de l'épiderme ; dans le second on voit se former de petites squames qui se détachent et ne laissent aucune trace sur la peau. Le prurit est le seul symptôme incommode qu'on observe. On ne remarque le plus souvent aucun trouble dans la santé générale, excepté pourtant dans les cas où l'eczéma est très étendu, et occupe d'emblée ou successivement presque toutes la surface du corps, comme Biett l'a vu plusieurs fois chez de jeunes enfants. Il en résulte alors de la fièvre, de la soif, de l'agitation, de l'insomnie et des troubles divers du côté des organes digestifs. L'eczéma simplex parcourt ces différentes phases en six ou sept jours ; mais comme il se forme généralement plusieurs éruptions successives, il s'ensuit que la maladie se prolonge pendant deux ou trois septénaires, et même davantage.

2° *Eczéma rubrum.* — Cette forme, plus intense que la précédente, a souvent des prodromes. La peau sur laquelle l'éruption se fait est le siége de chaleur, d'un prurit intense et d'une rougeur plus ou moins vive ; les vésicules qui hérissent sa surface sont excessivement petites ;

les plus grosses n'ont que le volume d'une petite tête d'épingle; elles perdent leur transparence au bout de deux ou trois jours. Dans les cas les plus simples, le fluide, devenu lactescent, se résorbe, l'épiderme s'exfolie, et la surface de la peau conserve pendant quelques jours une teinte rougeâtre qui s'éteint peu à peu. Cependant le plus souvent les vésicules se déchirent; des excoriations ont lieu sur la surface enflammée qui exhale un fluide séro-purulent, lequel se concrète et forme des lamelles minces et molles, qui tombent et se reproduisent tout aussitôt. En général aussi de nouvelles éruptions vésiculeuses se font tantôt dans les points primitivement affectés, tantôt dans les points voisins; la maladie se termine alors après deux ou trois septénaires ou bien elle passe à l'état chronique.

3° *Eczéma impetiginodes.* — Dans cette variété, l'inflammation est plus vive; la peau, très rouge, est tuméfiée; les vésicules confluentes contiennent un liquide séro-purulent qui se concrète promptement et forme, non des lamelles comme dans l'eczéma rubrum, mais des squames ou des croûtes jaunes, humides, molles, qui s'imbriquent, et qui en tombant laissent à nu une surface excoriée qui sécrète une sérosité rousseâtre. Les squames se renouvellent facilement; en général, il y a plusieurs éruptions successives. A mesure que la maladie s'améliore on voit les squames diminuer d'épaisseur et devenir plus minces. L'eczéma impétiginodes cesse après vingt-cinq ou trente jours, ou passe à l'état chronique. En somme, on voit que l'eczéma impétiginodes est un degré plus avancé de l'eczéma rubrum. Dans celui-ci les vésicules sont transparentes, et l'inflammation de la peau est médiocre; dans l'autre, cette inflammation est plus vive, et les vésicules, plus grosses, contiennent du pus. Ces deux formes de la maladie coexistent souvent chez le même individu : d'accord avec MM. Biett, Cazenave et Schedel, nous ne croyons pas qu'à l'exemple de MM. Rayer et Copland, on doive considérer l'eczéma impétiginodes comme un eczéma rubrum compliqué de pustules d'impétigo.

L'eczéma rubrum, et surtout l'eczéma impétiginodes, lorsqu'ils sont étendus, s'accompagnent de malaise, de fièvre modérée, avec perte d'appétit, soif et dévoiement. La peau qui a été le siége de la maladie conserve en général, pendant un temps plus ou moins long, une couleur brunâtre qui persiste même toute la vie chez les vieillards et les sujets dont la peau est naturellement brune et sèche.

Eczéma chronique. — Il peut succéder aux trois formes que nous venons d'étudier, mais surtout aux deux dernières. La peau est alors tendue, luisante, d'un rouge vif; elle ressemble parfois à la surface d'un vésicatoire. Il y a aussi des points plus rouges, où elle est excoriée, fendillée, gercée, comme égratignée; une humeur séro-purulente ou séro-sanguinolente la baigne sans cesse, et imprègne les linges, qu'elle

durcit souvent, comme le ferait de l'empois. Cette sécrétion serait, d'après les uns, exclusivement fournie par le derme altéré ; d'après Biett, au contraire, elle proviendrait de la rupture des vésicules qui continueraient à se former sur la surface malade. Toutefois, Biett convient lui-même que ces vésicules sont souvent difficiles à reconnaître, car l'épiderme qui en forme l'enveloppe est excessivement mince : c'est ce qui explique leur marche rapide, leur rupture prématurée et la difficulté qu'il y a à les distinguer. Quoi qu'il en soit, le liquide, en se concrétant, forme des squames humides, jaunâtres, épaisses, qui tombent et se reproduisent. Tous les malades accusent, dans la partie où siège l'eczéma, une chaleur vive, un prurit qui augmente généralement par la chaleur artificielle, par le séjour au lit, après les repas, et surtout par l'ingestion des liqueurs alcooliques et des autres excitants diffusibles. Le prurit peut devenir tellement intolérable, que la volonté la plus énergique cède à l'impérieux besoin de se gratter. Les individus s'écorchent alors avec leurs ongles ; les surfaces malades saignent abondamment ; il en résulte souvent un soulagement passager. Le prurit est un symptôme qui manque rarement dans l'eczéma, surtout dans sa forme chronique.

Cependant, lorsque la maladie persiste pendant longtemps, le derme s'épaissit, et les ganglions lymphatiques voisins s'engorgent. Il est rare que, même dans les cas où l'eczéma est étendu, on observe des symptômes généraux graves. Les principaux troubles qu'on remarque sont : un peu d'amaigrissement, rarement de la fièvre, de l'insomnie, du dévoiement, et quelquefois une inflammation aphtheuse de la bouche.

Il est excessivement rare que l'eczéma ait une terminaison funeste. Celle-ci n'a guère lieu que chez les vieillards affaiblis, et par suite de quelque complication. Dans d'autres cas également rares, l'éruption eczémateuse a jugé favorablement des maladies anciennes et plus ou moins graves. Biett paraît avoir observé plusieurs faits de ce genre.

La durée de la maladie est indéterminée ; elle peut persister plusieurs mois ou des années entières. Lorsque la guérison a lieu, on voit la surface malade se rétrécir peu à peu de la circonférence au centre ; les squames deviennent petites, minces et moins humides ; l'exhalation séreuse tarit. Enfin la peau, après être restée plus ou moins longtemps encore lisse et rougeâtre, finit par reprendre toutes ses propriétés, excepté pourtant qu'elle conserve pour la vie une coloration anormale. L'eczéma est une des maladies qui récidivent le plus souvent, soit dans le point primitivement affecté, soit dans toute autre partie des téguments.

Pour compléter le tableau que nous venons de tracer de l'eczéma, il nous reste à indiquer les modifications particulières que la maladie présente, suivant les points du corps qu'elle envahit.

1° *Eczéma du cuir chevelu.* — Lorsque l'eczéma occupe le cuir che-

velu, il l'envahit généralement dans sa totalité, et se propage souvent à la face. La démangeaison est vive; la sécrétion séro-purulente abondante. Celle-ci exhale une odeur nauséabonde; en se concrétant, elle forme des squames qui adhèrent aux cheveux, et qui, humides d'abord, se dessèchent ensuite et tombent en lames furfuracées; d'autres ont une blancheur éclatante et semblable à celle de l'amiante : aussi l'eczéma du cuir chevelu est-il une des deux affections produisant la variété de la teigne qu'on a nommée *amiantacée*, mot impropre et tout-à-fait inusité aujourd'hui. Lorsque l'eczéma du cuir chevelu est chronique, les ganglions cervicaux et maxillaires s'engorgent, les cheveux tombent, mais les bulbes n'étant pas altérés, cette alopécie n'est ordinairement que momentanée. Comme Biett l'a observé, l'inflammation chronique du cuir chevelu finit par produire une tension de la peau du visage, telle que les traits sont tirés en haut et en arrière.

2° *Eczéma de la face.* — Il n'est peut-être aucune partie du corps qui soit aussi souvent affectée d'eczéma que les oreilles; c'est ce qu'on voit surtout chez la femme. La tuméfaction peut être assez considérable pour obstruer le conduit auditif, et rendre l'audition difficile ou impossible. L'inflammation gagne parfois le conduit auditif interne, la trompe d'Eustache et le pharynx. L'eczéma peut encore se montrer partiellement sur les paupières, sur les lèvres et aux ailes du nez. Dans tous ces cas, l'éruption se reproduit souvent sur la membrane muqueuse voisine. L'eczéma des paupières a quelquefois produit un ectropion.

3° *Eczéma des organes génitaux.* — Chez l'homme, l'éruption eczémateuse occupe le pénis, le scrotum et la partie supérieure interne des cuisses; elle peut être cause de priapisme. Chez la femme, on l'observe sur le mont de Vénus, aux grandes et aux petites lèvres; elle peut gagner l'entrée du vagin, le clitoris et le méat urinaire; la cuisson et la démangeaison sont souvent intolérables. L'excitation permanente des organes génitaux produit quelquefois la nymphomanie; elle a inspiré à beaucoup de jeunes filles innocentes l'idée de la masturbation. Enfin, chez la femme, on voit encore l'eczéma se développer sur les mamelles, où il occupe de préférence le mamelon et son aréole. La maladie est généralement alors très rebelle. Enfin, dans les deux sexes, le pourtour de l'anus peut être le siége d'un eczéma très incommode.

L'eczéma des membres n'offre aucune particularité digne d'être mentionnée.

Diagnostic. — L'eczéma pourrait être confondu avec un grand nombre de maladies de la peau, et spécialement avec la gale, l'impétigo, le pompholix diutinus, le lichen agrius et le psoriasis; mais nous établirons leur diagnostic différentiel à l'article consacré à chacune de ces affections. L'eczéma pourrait encore être confondu avec l'herpès phlycténodes; mais dans celui-ci les vésicules sont arrangées par groupes

et disséminées. Cette disposition existe, il est vrai, quelquefois dans l'eczéma; mais dans ce dernier cas les vésicules sont beaucoup plus petites; elles font à peine saillie et sont suivies de desquamation, tandis que dans l'herpès les vésicules sont plus grandes, globuleuses, perlées; enfin la desquamation est peu marquée.

Pronostic. — L'eczéma, surtout à l'état aigu, est une maladie légère. S'il est chronique, il constitue une affection très incommode et d'une durée indéterminée. Les eczéma rubrum et impétiginodes sont plus fâcheux que la forme simple; le pronostic serait grave si l'eczéma envahissait presque toute la surface du corps, et s'il se compliquait de quelque lésion viscérale.

Etiologie. — L'eczéma est souvent produit par des causes directes, telles que des frictions sèches ou avec des substances plus ou moins irritantes, comme les pommades mercurielles. On l'observe fréquemment sur les mains et les avant-bras d'individus exerçant certaines professions qui exposent ces parties à l'action de substances irritantes. La maladie peut encore être produite par la malpropreté, par l'irritation que produisent sur la peau des écoulements chroniques. Enfin une exposition prolongée aux rayons solaires détermine souvent sur les parties habituellement découvertes une éruption eczémateuse qui participe à la fois des caractères de l'eczéma simplex et de l'eczéma rubrum, et à laquelle Willan a donné le nom d'*eczéma solare*, en raison de la cause qui le produit. D'autres fois l'eczéma est spontané; on l'observe alors plus souvent chez la femme que chez l'homme, pendant le printemps et l'été que dans les autres saisons. Les vicissitudes atmosphériques provoquent souvent la première apparition de la maladie, ou l'aggravent lorsqu'elle existe déjà, ou tout au moins augmentent les démangeaisons. La maladie est quelquefois survenue subitement à la suite d'une impression morale vive. L'eczéma n'est jamais contagieux: Biett et M. Baumès disent pourtant avoir vu plusieurs fois la maladie se transmettre par le coït d'un individu à un autre; mais ceci peut s'expliquer par la nature âcre de l'écoulement, sans qu'il soit besoin d'invoquer un principe contagieux.

Siége. — Nous avons vu précédemment que l'eczéma pouvait se montrer sur tous les points de la peau; cependant on l'observe plus communément sur les parties garnies de poils, et là où les follicules sébacés sont plus abondants; tels sont le pubis, les aines, les aisselles, le scrotum, la vulve, le cuir chevelu, etc. On a beaucoup discuté sur le siége anatomique de la maladie, que quelques personnes ont localisée dans les follicules sébacés; mais c'est avec raison que Biett a considéré l'eczéma comme étant une inflammation de la couche superficielle du derme, appelée membrane vasculaire de Eichorn, et qui semble être destinée à sécréter l'épiderme.

Traitement. — Lorsque l'eczéma est simple, on se bornera à employer à l'intérieur des boissons rafraîchissantes acidules, à l'extérieur des lotions mucilagineuses et narcotiques, des cataplasmes de fécule (la graine de lin ne convient pas), des bains tièdes. Ceux-ci pourtant augmentent quelquefois le prurit, et on est obligé de les suspendre : on pourrait alors les rendre alcalins. L'eczéma rubrum et impetiginodes exigent le même traitement; cependant lorsque la maladie occupe une grande surface, lorsque la peau étant très enflammée il y a un appareil fébrile, une saignée générale peut être utile, et si la phlegmasie locale dépasse certaines limites, on pourra appliquer dans son voisinage des sangsues ou des ventouses scarifiées. Dans cette période aiguë, les bains tièdes, mucilagineux, les cataplasmes émollients, sont les seuls moyens qui puissent procurer du soulagement. Il faut éviter d'employer les préparations sulfureuses et les pommades mercurielles, dont on abuse trop souvent, et qui ne conviennent pas à cette période.

Lorsque l'eczéma est chronique, on insistera, comme précédemment, sur les bains tièdes, alcalins et gélatineux; on donnera les limonades minérales, et des boissons rendues alcalines en y ajoutant 2 à 4 grammes de sous-carbonate de potasse par pinte; enfin on insistera sur les laxatifs, si le tube digestif est intact. Cependant, lorsque ces moyens échouent, il faut recourir à l'emploi des eaux sulfureuses naturelles d'Enghien, de Baréges, de Cauterets, de Bagnères de Luchon, etc., données à l'intérieur à la dose de un, deux ou trois verres par jour, ou administrées en bain et en douches; les bains sulfureux pourront être préparées directement, en ajoutant à l'eau d'une baignoire de 64 à 96 grammes de sulfure de potasse. Ces bains produisent quelquefois une excitation vive : aussi convient-il, surtout dans les commencements, de les faire alterner avec des bains simples, gélatineux ou amidonnés. D'autres fois on remplace les bains sulfureux par des douches de vapeur aqueuse ou sulfureuse. On a encore conseillé l'emploi d'un grand nombre de topiques : les principaux sont des pommades avec l'alun, l'acétate de plomb, le camphre, la belladone, l'opium, le goudron (16 à 96 grammes par 32 grammes d'axonge, avec ou sans camphre 1 décigramme à 1 gramme), la suie, les proto et deuto-iodure de mercure (50 à 60 centigr. par 32 grammes d'axonge), le calomel (4 grammes pour 32 d'axonge) : cette dernière nous a paru très utile dans un grand nombre de cas; on peut y ajouter un peu de camphre pour calmer le prurit. On a encore essayé de changer la vitalité de la surface malade en la recouvrant d'un vésicatoire ou en la cautérisant avec le nitrate d'argent, l'acide chlorhydrique; mais ces moyens ont été le plus souvent nuisibles. Enfin il est des eczéma qui résistent à toutes ces médications. C'est dans les cas qui se sont montrés si rebelles à la thérapeutique qu'on a prescrit à l'intérieur des moyens empiriques, tels que la teinture de

cantharides et les préparations arsenicales. Ainsi Biett a administré la solution de Fowler, qu'on peut donner à la dose de deux ou trois gouttes par jour, et qu'on augmente ensuite progressivement, mais sans dépasser 15 gouttes; la solution de Pearson et celle d'arséniate d'ammoniaque, qui convient mieux aux sujets délicats, et qu'on prescrira à la dose de 1 à 4 grammes. Cependant l'efficacité de ces moyens n'est pas encore suffisamment constatée. Lorsqu'on se décide à recourir à l'emploi des préparations arsenicales, il faut surveiller avec soin les malades. Dans quelques cas, un changement de régime, d'habitude, de climats, a suffi pour guérir des eczéma qui avaient résisté à tous les moyens thérapeutiques. Enfin il est des précautions spéciales à prendre suivant la région occupée par la maladie : ainsi lorsque celle-ci occupe l'oreille, et s'accompagne de gonflement de la conque et du conduit auditif, on devra prévenir l'occlusion de cette ouverture par l'introduction de mèches de linges ou de morceaux d'éponge préparée.

Lorsque l'eczéma est ancien, il y aurait peut-être danger à le supprimer trop brusquement. On devra donc établir un exutoire, sinon permanent, du moins temporairement. Enfin si c'est un vieillard et si la maladie remonte à plusieurs années, et si d'ailleurs elle est peu incommode, il ne faudra prescrire que des moyens palliatifs.

INFLAMMATIONS BULLEUSES.

Les inflammations bulleuses de la peau sont caractérisées par des tumeurs ordinairement transparentes, remplies par un liquide séreux ou séro-purulent épanché sous l'épiderme, et dont le volume varie entre celui d'un pois et celui d'un œuf d'oie. Ces tumeurs, auxquelles on donne les noms de *bulles*, d'*ampoules*, de *phlyctènes*, sont constituées comme les vésicules, dont elles ne diffèrent que par un volume plus considérable. Nous avons déjà vu des bulles se former à la surface de quelques érysipèles ou dans certains cas d'herpès (le zona) et d'eczéma. La brûlure au deuxième degré et l'application des vésicatoires produisent le même effet. Mais nous n'avons à nous occuper ici que des inflammations bulleuses proprement dites et qui sont au nombre de deux seulement, le *pemphygus* et le *rupia*.

DU PEMPHYGUS OU POMPHOLIX.

Le pemphygus (πεμφίξ, *bulle*) est une maladie de la peau caractérisée par la formation d'une ou plusieurs bulles qui se déchirent facilement, se terminent par l'effusion du liquide qu'elles renferment et par la

formation d'excoriations superficielles ou de croûtes minces laissant après elles des taches qui persistent pendant un temps plus ou moins long.

Divisions. — C'est à tort que Willan et Batmann ont considéré le pemphygus comme une affection toujours chronique. Les recherches complètes de Gilibert et celles plus récentes de Biett, de MM. Rayer, Cazenave, Schedel et Baumès doivent faire admettre deux espèces principales de pemphygus, l'une *aiguë*, l'autre *chronique*.

1° *Pemphygus aigu.* — Le pemphygus peut être précédé, pendant un, deux ou trois jours, de malaise, d'inappétence, de fièvre et de prurit. Bientôt on voit apparaître à la surface du corps un nombre plus ou moins considérable de taches ayant l'étendue de nos diverses pièces de monnaie, érythémateuses et arrondies, et au centre desquelles on ne tarde pas à voir l'épiderme se soulever et former une bulle qui peut occuper toute la tache. Le plus souvent pourtant le limbe de celle-ci est respecté et forme autour de la tumeur une auréole rouge qui est le siége d'une chaleur et d'une cuisson prurigineuses. Ces taches existent constamment; c'est à tort qu'on a prétendu le contraire; mais cette dissidence s'explique par la marche de la maladie. Quelquefois, en effet, les rougeurs et les bulles sont presque simultanées, du moins elles sont à peine séparées par un intervalle d'une ou de deux heures; aussi il n'y a rien d'étonnant que, dans ces cas, la rougeur passe inaperçue. Toutes les taches ne se recouvrent pas de bulles, cependant il n'arrive peut-être jamais que l'épiderme ne soit pas plus ou moins soulevé; c'est ce dont on peut se convaincre en passant le doigt sur ces plaques, car on sent alors une saillie, et en frottant légèrement on entraîne l'épiderme et on humecte la pulpe du doigt. La bulle qui caractérise le pemphygus a le volume d'un pois ou d'une grosse aveline. Si plusieurs bulles se réunissent, elles forment alors une vaste ampoule qui a le volume et la forme d'un œuf d'oie; souvent une bulle simple acquiert le même volume. La bulle du pemphygus est arrondie, globuleuse, transparente et ressemble au soulèvement de l'épiderme occasionné par le deuxième degré de la brûlure ou par les vésicants. Le liquide qu'elle renferme est alcalin, de couleur citrine, puis rougeâtre, albumineux, inodore, fétide dans quelques cas. Au bout de deux ou trois jours, plus ou moins, les bulles se rident, se flétrissent, se déchirent; le liquide uni à l'épiderme forme bientôt des croûtes minces et noirâtres, d'autres fois l'épiderme seul se détache par lamelles minces, la chaleur et le prurit diminuent et cessent, la rougeur s'éteint; enfin, un nouvel épiderme se reproduit, mais à la place occupée par la bulle il reste une tache lie de vin ou d'un rouge sombre, irrégulière, s'exfoliant de temps en temps et qui peut persister longtemps. Le nombre des bulles varie beaucoup; il en existe en général sur une grande surface; presque tout le corps peut même être envahi par elles, mais ce fait est

excessivement rare; il est même des cas où on ne trouve qu'une seule bulle (*pompholix solitarius de Willan*). Souvent alors on voit deux ou trois jours après une nouvelle bulle naître près de la première et suivre la même marche qu'elle; des éruptions successives peuvent ainsi avoir lieu pendant huit ou dix jours. Aucune partie du corps n'est à l'abri de l'éruption; rare à la face, aux pieds, aux mains et aux parties génitales, on l'observe surtout au tronc et sur les membres supérieurs et inférieurs.

En général, le pemphygus aigu ne s'accompagne d'aucuns symptômes généraux, ou du moins ceux-ci sont très bénins. Sa durée varie entre un et trois septénaires en raison des éruptions successives qui ont lieu, mais la durée moyenne de chaque phlyctène est de sept jours.

Pemphygus chronique (*pompholix diutinus de Willan*). — Le pemphygus chronique est beaucoup plus fréquent que la forme précédente. Après quelques jours de malaise, d'inappétence, de fièvre et de prurit, quelquefois sans aucun prodrome, on voit se développer comme précédemment de petites taches rouges sur lesquelles une bulle s'élève. Celle-ci, grosse comme un pois au cinquième jour, acquiert bientôt le volume d'une aveline, d'une noix ou d'un œuf; le liquide contenu, d'abord transparent, devient bientôt rougeâtre. Vers le deuxième, troisième ou quatrième jour, les bulles se déchirent, l'épiderme se roule autour, et on aperçoit une surface rouge et douloureuse; les bulles, qui sont encore intactes à cette époque sont affaissées et ridées; l'épiderme est opaque, macéré, ramolli. Dans ces deux cas, il se forme des croûtes brunes, jaunes ou grisâtres, aplaties ou bombées au centre; et lorsqu'elles tombent, on trouve encore la peau excoriée, ou seulement une tache lie de vin qui persiste longtemps. Cependant, à côté des bulles qui se terminent, d'autres naissent et suivent la même marche que les premières; un grand nombre d'éruptions successives peuvent ainsi se faire pendant des mois et même des années, tantôt irrégulièrement sur toute la surface du corps, d'autres fois exclusivement sur une partie comme le tronc ou un membre. Dans toutes les éruptions successives, les mêmes phénomènes locaux se reproduisent; cependant il arrive quelquefois que, dans celles-ci, on voit manquer les taches érythémateuses. Ces diverses éruptions peuvent se faire sans accidents généraux, mais quelquefois chacune d'elles est précédée et accompagnée de symptômes plus ou moins aigus tels que céphalalgie, fièvre, inappétence. Lorsque le pemphygus est borné à une partie, les malades peuvent se lever et vaquer à leurs affaires, mais quand l'éruption est générale ou du moins très étendue, tout travail est impossible à cause du malaise et des démangeaisons qui existent; quoique sans fièvre, la plupart des malades gardent le lit. Cependant, lorsque l'affection se prolonge, on voit ces individus maigrir, dépérir, les membres s'infiltrent, un dévoiement colliquatif s'établit et

la mort survient par suite de ces complications. Les phlegmasies des membranes muqueuses, celles surtout de la muqueuse gastro-intestinale, sont les plus communes, à tel point que Gilibert les a regardées comme constituant un des éléments du pemphygus.

A l'ouverture des cadavres on a dit avoir trouvé des bulles sur quelques muqueuses, telles que celles de la vulve, de la bouche et du pharynx; mais le plus souvent ces parties sont pâles; plus souvent on trouve la muqueuse intestinale ramollie, quelquefois ulcérée. On a constaté plusieurs fois la dégénérescence graisseuse du foie (Biett, Cazenave), et le sang a été trouvé semblable, pour l'aspect, à de la groseille mal prise et foncée en couleur (Gilibert).

Diagnostic. — Le pemphygus est facile à reconnaître. Nous verrons plus tard en quoi il diffère du rupia, de l'ecthyma et de l'impétigo. Les bulles qui accompagnent l'érysipèle ne seront pas prises pour un pemphygus véritable, si on fait attention à la nature de l'exanthème qui les accompagne. Il est inutile de rappeler ici combien le pemphygus diffère de l'herpès; cependant on a vu des cas où les bulles du pemphygus, qui sont en général grosses et isolées, sont petites, rapprochées, et s'accompagnent d'un peu de rougeur érythémateuse, de telle sorte qu'il serait alors assez difficile de distinguer d'abord la maladie d'une plaque d'herpès, s'il n'existait pas presque toujours sur quelque autre point des bulles, avec les caractères propres au pemphygus.

Pronostic. — Le pemphygus aigu a toujours une heureuse terminaison, à moins de quelque complication. Mais le pemphygus chronique annonce presque toujours un mauvais état de la constitution. Peu grave par lui-même, il le devient en raison des affections viscérales qui viennent le compliquer, et qui se développent d'autant plus facilement que les individus sont déjà plus affaiblis par l'âge et les privations.

Etiologie. — On ignore à peu près complétement les causes du pemphygus. Quoiqu'il ne soit spécial à aucun pays, on le dit pourtant plus commun en Allemagne, en Angleterre et en France. Il paraît que cette maladie se remarque plus souvent chez l'homme que chez la femme. A l'état aigu, il affecte spécialement les sujets jeunes, il n'est même pas rare de l'observer chez les enfants nouveau-nés. Daus ces cas, les bulles siègent ordinairement à la plante des pieds et à la paume des mains; elles contiennent un liquide séro-purulent, et sont entourées d'une auréole violacée. Quelques observateurs, M. le professeur Paul Dubois en particulier, ont pensé que cette éruption pemphygoïde, chez les nouveaux-nés, se liait constamment à une infection syphilitique de la mère. Mais cette opinion n'est pas encore justifiée par un nombre de faits suffisant.

Enfin le pemphygus chronique affecte plus spécialement les vieillards et les sujets affaiblis par des maladies chroniques, par la misère, la dé-

bauche et les privations. Le pemphygus n'est pas contagieux ; on l'a vu régner épidémiquement.

Traitement. — Le pemphygus aigu cède, en général, facilement à l'emploi de boissons acidules délayantes, de quelques bains tièdes, des lotions narcotiques. La saignée est rarement indiquée. Si le pemphygus est chronique, on essaie les bains alcalins ; si le sujet est affaibli, ou d'une constitution détériorée, on aura recours aux toniques, aux ferrugineux, aux analeptiques ; enfin les complications seront combattues par des moyens appropriés.

DU RUPIA.

On nomme *rupia* (de ρυπος, *ordure*) une affection caractérisée par l'éruption de bulles isolées, aplaties, remplies d'un liquide d'abord séreux, puis purulent ou sanguinolent, qui se concrète, et forme des croûtes noirâtres, épaisses, auxquelles succèdent des ulcérations plus ou moins profondes.

Symptômes, divisions. — On a distingué trois espèces de rupia, ne différant entre elles que par l'étendue et l'intensité de l'éruption : ce sont les rupia *simplex*, *proeminens* et *escarrotica*.

Dans le *rupia simplex* on voit se développer, sans inflammation préalable de la peau, des bulles ayant pour la plupart le volume d'une pièce d'un franc, aplaties, qui, comme je l'ai déjà dit, sont remplies d'un liquide séreux. Celui-ci devient bientôt puriforme et sanguinolent ; il se concrète et forme des croûtes noirâtres ou brunes, rugueuses, plus épaisses au centre, et se continuant par leur circonférence avec l'épiderme, qui est légèrement soulevé. Si on le détache, on trouve sous elles des ulcérations qui se cicatrisent promptement, qui d'autres fois se recouvrent de nouvelles croûtes. Enfin, la cicatrisation terminée, la peau conserve pendant longtemps une teinte d'un rouge livide. Le *rupia simplex* siège presque exclusivement aux membres inférieurs, plus rarement au tronc ou aux membres supérieurs.

Le *rupia proeminens* débute par une inflammation circonscrite de la peau, sur laquelle la bulle se développe. Cette forme diffère encore de la précédente par l'étendue plus grande des bulles, par l'épaisseur et l'aspect de la croûte, qui est d'un brun noirâtre, rugueuse, inégale, et qu'on a comparée avec raison à l'écaille de l'huître et à celle de ces mollusques univalves nommés *lepas* ou *patelles*. Cette croûte adhère souvent intimement au derme ; et quand on la sépare, on trouve une solution de continuité qui rappelle assez les ulcérations atoniques ou de mauvaise nature, et dont la cicatrisation se fait parfois attendre assez longtemps.

Enfin la troisième variété du rupia a été appelé *escarrotica* par Wil-

lan, et correspond à l'affection décrite par d'autres sous le nom de *pemphygus gangrenosus*. On ne l'observe que chez les enfants, depuis la naissance jusqu'à la première dentition; il commence par des taches livides et saillantes sur lesquelles se développent des bulles irrégulières, remplies d'un liquide noirâtre, et entourées d'une aréole violacée. Ces bulles, en se déchirant, laissent voir des ulcérations douloureuses, fongueuses, saignantes, et fournissant une suppuration fétide.

Diagnostic. — Nous verrons plus tard combien le rupia ressemble à l'ecthyma, puisque quelques auteurs les considèrent comme des variétés d'une même affection. Le rupia diffère du pemphygus en ce que les bulles renferment rarement une sérosité transparente. Le liquide contenu est en effet primitivement presque toujours rougeâtre ou opaque. Enfin les ulcérations, et surtout l'aspect des croûtes, établissent des différences suffisantes entre les deux affections.

Pronostic. — Le rupia n'offre par lui-même aucun danger; cependant le rupia escarrotica, qui affecte les enfants jeunes, peut entraîner des accidents; d'ailleurs le pronostic sera établi d'après l'état des forces, le nombre et l'étendue des ulcérations.

Etiologie. — Le rupia est une maladie qu'on n'observe guère que chez les enfants ou les vieillards, et généralement chez des individus affaiblis et cachectiques.

Traitement. — La première indication consiste à soutenir et à relever les forces, et à améliorer la constitution des sujets. On provoquera la chute des croûtes par des cataplasmes et des bains; puis les ulcérations seront lavées avec des liqueurs détersives chlorurées, pansées avec des digestifs. Enfin souvent il faudra modifier la vitalité des surfaces par la cautérisation. Biett employait encore avec succès la pommade de proto et de deuto-iodure de mercure.

INFLAMMATIONS PUSTULEUSES.

On donne le nom de *pustules* à de petites tumeurs circonscrites, ayant un diamètre de 1 à 7 millimètres, et formées par l'épanchement d'un fluide purulent qui soulève l'épiderme. Ce liquide peut être résorbé; le plus souvent il se concrète sous forme de croûtes, dont plusieurs offrent des caractères particuliers. Enfin le derme au niveau duquel la pustule s'est développée peut être induré ou ulcéré, et il en résulte souvent alors des taches ou des cicatrices indélébiles.

Les inflammations pustuleuses sont au nombre de sept; ce sont : la variole et la vaccine, l'acné, la couperose, le mentagre, l'impétigo, l'ecthyma et le favus. Nous ne traiterons ici que des cinq dernières, car nous avons déjà tracé l'histoire de la vaccine et de la variole, et nous

comptons parler des pustules produites par le virus syphilitique à l'occasion des affections virulentes. Les maladies pustuleuses sont, les unes aiguës, les autres chroniques. Dans les premières, les pustules sont généralement plus grosses et leur base est enflammée : Willan les a nommées *phlyzaciées ;* les autres, au contraire, sont plus petites, et nulle inflammation n'existe à leur circonférence : le même auteur les appelle *psydraciées.*

DE L'ACNÉ.

Le mot *acné* (de ακνη, *vigueur*), employé par Aétius et par Sauvages, a été consacré par Willan et par Biett pour désigner une phlegmasie des follicules sébacés, caractérisée par des pustules peu étendues, séparées les unes des autres, environnées d'une aréole rosée ou livide, plus ou moins dures à leur base, répandues sur les joues, le nez, le front, et quelquefois sur le cou et le tronc.

Divisions. — Les dermatologistes ont distingué plusieurs espèces d'acné, qui sont l'acné *simplex*, *indurata*, *rosacea* et *sebacea.*

Symptômes. — 1° *Acne simplex.* — Dans l'acné *simplex,* on observe d'abord un certain nombre de points rouges et durs qui augmentent peu à peu de volume et deviennent pustuleux après quatre ou huit jours, et quelquefois plus tard. Une fois formées, ces pustules sont acuminées; leur base est entourée d'une aréole rouge; elles ne s'accompagnent d'aucun trouble dans la santé ; souvent même elles ne produisent aucun symptôme local, si ce n'est parfois un léger prurit. Leur nombre varie : il peut n'en exister que deux ou trois ; d'autres fois toute la face ou tout le dos en sont couverts. Bientôt apparaît à leur centre un point jaunâtre ; la dessiccation s'opère ; une croûte se produit, et lorsqu'elle tombe, il reste un point rougeâtre, quelquefois une cicatricule blanchâtre et indélébile.

Il faut rapprocher de l'acné *simplex* la forme que Willan nomme *punctata*, à cause des petits points noirs qu'on observe et qui dépendent de l'accumulation de la matière sébacée dans les follicules de la peau. Enfin Biett a proposé de rapprocher encore de l'acné dont nous parlons, l'inflammation simple du follicule produisant une exagération de la sécrétion, qui tantôt s'écoule au-dehors, et donne à la peau un aspect huileux, et tantôt est retenu dans le follicule, qu'elle distend : c'est l'*acne sebacea.*

2° Dans l'*acne indurata*, les pustules sont plus volumineuses, plus nombreuses et plus rapprochées que précédemment ; elles sont irrégulières, conoïdes, violacées, indolentes; la peau est indurée dans toute son épaisseur ; la suppuration s'établit lentement ; enfin lorsque la croûte qui s'est formée tombe, on trouve à sa place une induration du derme,

occupant parfois aussi le tissu cellulaire subjacent, ou bien enfin il existe une teinte livide avec une dépression qui n'est autre qu'une cicatrice en général indélébile.

3° L'*acne rosacea*, ou la *couperose* des gens du monde, est la forme qu'on remarque, surtout chez les femmes, à l'époque dite critique. Elle est caractérisée par des pustules acuminées, peu élevées, discrètes, et entre lesquelles la peau présente une coloration rouge avec induration. Comme dans les formes précédentes, il n'existe aucun symptôme général, et le plus souvent même aucune douleur. Ces tumeurs peuvent rester stationnaires pendant une ou plusieurs semaines; dans tous les cas, la suppuration s'y fait avec lenteur; des éruptions successives ont lieu le plus souvent, et la peau, qui est ainsi le siége habituel d'une congestion, finit par rester uniformément injectée; bientôt elle perd sa souplesse, s'hypertrophie, s'indure, présente des inégalités et des espèces de mamelons : c'est ce qu'on observe, par exemple, fréquemment sur les joues, et surtout sur le nez, qui peut alors doubler ou tripler de volume, ce qui donne à la physionomie un aspect repoussant.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'acné est facile; nous verrons plus tard à l'aide de quels caractères on pourra la distinguer de l'ecthyma, du lichen agrius, des syphilides tuberculeuses et du lupus, qui sont les seules maladies avec lesquelles on pourrait la confondre.

Pronostic. — Quoique l'acné ne compromette point l'existence, cependant il est deux formes de la maladie (l'*acne indurata* et *rosacea*) qui constituent une affection fort incommode, car elles résistent longtemps aux moyens thérapeutiques. De plus, l'acné *rosacea* finit par altérer les traits de la face.

Étiologie. — L'acné n'affecte presque jamais les enfants. Les autres âges ne sont pas également sujets aux diverses variétés de la maladie : ainsi, les acnés *simplex*, *punctata* et *sebacea*, sont spéciales aux adolescents. La forme *indurata* survient dans la jeunesse, et la *rosacea* n'affecte guère que les adultes. Les femmes paraissent être plus sujettes à la maladie que les hommes. On peut dire, en règle générale, que l'acné coïncide généralement avec une constitution robuste. On a prétendu qu'elle se rattachait souvent à quelque lésion viscérale du ventre (foie, intestins, estomac) ou à des irrégularités dans l'écoulement menstruel, ce qui n'est pas démontré. On a encore regardé comme des causes actives de l'acné, les excès de table, les excès alcooliques, les mets épicés, la malpropreté, les affections morales, l'abus des cosmétiques. Mais toutes ces causes, qui peuvent avoir de l'influence pour la production des acnés *indurata* et *rosacea*, n'en ont aucune pour celle de l'acné *simplex*, qui survient uniquement par suite des révolutions organiques qui se produisent vers l'âge de la puberté. L'acné peut survenir sous l'influence d'une disposition héréditaire. C'est à tort qu'on a dit qu'elle

était contagieuse; qu'elle pouvait, par exemple, se transmettre par les rasoirs contaminés, ou par des baisers.

Traitement. — Le traitement varie suivant les formes de la maladie et l'état constitutionnel du sujet. S'il n'y a que quelques pustules d'acné *simplex*, on n'a rien à faire ni à conseiller; mais si l'éruption est abondante, ou si elle est permanente par suite des éruptions successives qui ont lieu, on proscrira les liqueurs excitantes et alcooliques, on conseillera un régime doux, végétal, des bains tièdes, des boissons délayantes, quelques laxatifs, des lotions sur les parties malades avec des mucilages de gomme, de coing, avec du lait, etc. Enfin, s'il existe un état pléthorique, ou s'il y a un dérangement dans les fonctions menstruelles, on prescrira les moyens efficaces pour combattre ces états morbides. Dans l'acné *indurata*, les émissions sanguines générales et locales sont plus souvent indiquées; mais il faut bientôt recourir aux moyens propres à favoriser la résolution de l'engorgement en donnant à la maladie une forme plus aiguë; c'est dans ce but qu'on conseille les lotions avec les eaux distillées de lavande et de sauge, aiguisées avec un peu d'alcool; une légère solution de sublimé (25 à 30 centigrammes pour 10 grammes d'eau) avec ou sans addition d'alcool ou d'une substance émulsive (liqueur de Gowland); les eaux minérales sulfureuses (Aix, Barèges, Enghien), dont les malades boiront. On donnera encore des pommades au calomel, ou au protochlorure ammoniacal de mercure, ou bien encore à l'iodure de soufre (60 à 120 centigrammes pour 32 grammes d'axonge). Dans le même but, on a conseillé l'emploi des douches de vapeur aqueuses, sulfureuses, aromatiques, etc. Enfin, on a encore proposé de changer la vitalité des parties par l'application d'un vésicatoire, ou en cautérisant les pustules; mais ce dernier moyen a paru dangereux, car son emploi a été quelquefois suivi d'ulcérations et de cicatrices difformes. Ces divers moyens seront employés avec prudence; il faudrait les suspendre s'ils produisaient une excitation locale trop vive, et les remplacer par des émollients pour les reprendre plus tard; d'ailleurs, il faudra aider leur action par un régime convenable, par des boissons acidules tempérantes, et par l'emploi de quelques purgatifs. On a reconnu depuis longtemps l'impuissance presque complète de l'art contre l'acné *rosacea*, à laquelle il faut se borner d'opposer des révulsifs, des saignées déplétives, un régime doux, végétal; on n'emploiera pas de topiques, car ils aggravent le plus souvent la maladie.

DE LA MENTAGRE.

Synonymie. — *Sycosis menti, varus mentagra* d'Alibert (de *mentum*, menton, et ἄγρα, *prise*, ou αγριοω, *j'irrite*, *j'exaspère*).

La mentagre, ou sycosis, est caractérisée par l'éruption successive de petites pustules acuminées, à peu près semblables à celles de l'acné, et qui se développent sur le menton, sur la lèvre inférieure, les régions sous-maxillaires et les parties latérales de la face.

Symptômes, marche.—La mentagre est donc une affection essentiellement pustuleuse. Avant que la maladie soit tout-à-fait caractérisée, les malades voient se développer de temps en temps sur le menton et la lèvre inférieure une ou plusieurs pustules, qui ont une durée fort courte. Mais bientôt les éruptions se succèdent à des intervalles plus rapprochés ; elles sont surtout plus abondantes. L'éruption pustuleuse est généralement précédée d'un sentiment de tension ; il y a aussi parfois de la rougeur, de la chaleur et du gonflement. On ne tarde pas à voir sur ces parties un certain nombre de points rouges, qui grossissent, et passent à l'état de pustules au bout d'un, deux ou trois jours; ces tumeurs, disséminées ou confluentes, sont acuminées, et un poil les traverse pour la plupart à leur centre; un pus blanc jaunâtre, concret, les remplit. Après être restées stationnaires pendant cinq ou sept jours, elles se rompent et se dessèchent ; une croûte brunâtre se forme, puis tombe après quelques jours, de manière que l'éruption a parcouru ses périodes en dix ou quinze jours ; mais il est rare que de nouvelles éruptions ne se succèdent pas les unes aux autres. Ces inflammations incessantes finissent par altérer la peau, qui s'épaissit; des indurations tuberculeuses, très difficiles à résoudre, du volume d'une aveline, s'y développent; le tissu cellulaire peut lui-même s'enflammer, et des abcès peuvent en être la conséquence, enfin les bulbes des poils finissent par être détruits sur plusieurs points. Lorsque la maladie se termine par la guérison, les éruptions sont moins fréquentes et moins nombreuses ; les tubercules se résolvent ; enfin, des pustules cessent de se développer. Cependant la peau conserve encore pendant un temps plus ou moins long une coloration violacée, et souvent même une exfoliation épidermique se fait de temps en temps à sa surface. La mentagre a une durée indéterminée et toujours longue. Enfin après avoir été une fois guérie, elle récidive avec une extrême facilité.

Diagnostic. — Le sycosis est généralement facile à reconnaître ; on ne pourra le confondre qu'avec l'impétigo *figurata*, les pustules ou les tubercules syphilitiques; mais on verra quand nous traiterons de ces maladies, que le diagnostic différentiel pourra être presque toujours établi avec précision. Il est impossible de confondre le sycosis avec des fu-

roncles qui ont un bourbillon, ni avec l'ecthyma; car, nous allons le dire bientôt, les pustules de celui-ci sont plus larges, leur base est enflammée, ses croûtes sont plus épaisses, plus adhérentes et plus étendues.

Pronostic. — La mentagre ne compromet jamais l'existence; mais vent une maladie dégoûtante, incommode, et dont il est le plus souc'est impossible de prédire la durée.

Etiologie. — La mentagre n'affecte guère que les hommes adultes ou les jeunes gens. Ceux qui ont beaucoup de barbe, ceux qui sont doués d'un tempérament sanguin et bilieux, semblent y être plus exposés. On a dit que la malpropreté, que les professions qui exposent ceux qui les exercent à la chaleur d'un foyer ardent, y prédisposaient beaucoup; cependant, trop souvent cette affection se remarque dans la classe aisée de la société. On a encore accusé les excès de table; toutefois les écarts de régime peuvent bien aggraver la maladie quand elle existe, mais il est douteux qu'ils la produisent. Le plus souvent, en effet, le sycosis tient à un état constitutionnel. Quelques faits font craindre que la maladie ne puisse quelquefois devenir contagieuse. On dit qu'elle a pu être transmise par des rasoirs contaminés.

Traitement. — Le traitement que nous avons conseillé pour l'acné *indurata* est entièrement applicable à la mentagre; nous ajouterons pourtant que comme celle-ci est constamment aggravée par les frottements du rasoir, on devra couper la barbe avec des ciseaux courbés sur la pointe, ou bien même la laisser croître; nous avons vu cette seule précaution suffire pour triompher complétement de la maladie. Mais la guérison n'était le plus souvent que momentanée, et les pustules ne tardaient pas à reparaître dès que la peau était soumise de nouveau à l'irritation du rasoir. Dans ce cas, il faut chercher à modifier profondément la nutrition : ainsi nous avons vu des sycosis rebelles, ayant momentanément cédé à diverses médications, disparaître tout-à-fait à la suite d'un traitement mercuriel, quoique très certainement la maladie n'eût point alors une origine syphilitique.

DU PORRIGO.

Le mot de *porrigo* servait à désigner autrefois soit des ulcères, soit diverses affections crustacées du cuir chevelu; aujourd'hui ce mot ne s'applique qu'à une éruption de pustules *psydraciées* contagieuses, siégeant spécialement sur le cuir chevelu, mais pouvant aussi se montrer sur d'autres parties du corps.

Willan a décrit six affections comme étant des variétés du porrigo; mais en les examinant avec soin, il est facile de se convaincre que ce célèbre pathologiste avait rapproché des maladies très différentes sous le rapport de la lésion primitive. Aussi Biett, et plus tard MM. Cazenave

et Schedel n'ont-ils reconnu dans le genre porrigo que deux espèces fondamentales, qui sont, le *favus* ou *porrigo favosa* ou *lupinosa*, et le *porrigo scutulata*.

Dans la pathologie cutanée, le nom de *favus* sert à désigner une éruption de très petites pustules qui se concrètent rapidement, et forment des croûtes adhérentes d'un jaune pâle ou sale, offrant une dépression centrale, ce qui leur donne une certaine ressemblance avec les alvéoles d'une ruche à miel (de là le nom de *favus*) ; ou avec les semences du lupin (c'est le *porrigo lupinosa*). Enfin, lorsque l'éruption, au lieu d'être discrète, se groupe de manière à former des écussons ou des anneaux réguliers, la maladie est appelée *porrigo scutulata*. Si le mot de teigne pouvait encore être usité, il faudrait le réserver pour désigner seulement la maladie que je viens de définir.

Symptômes, marche. — Le favus affecte presque toujours le cuir chevelu ; il se propage souvent à la face, quelquefois sur le tronc, et même sur les membres ; mais ce dernier fait est excessivement rare. Dans ces derniers temps, MM. Baudeloque et Gibert ont nié que le favus fût une affection pustuleuse, et ont prétendu qu'elle était constituée dès le début par une croûte sèche qui elle-même serait le produit d'une altération de sécrétion du follicule pileux. Cependant cette opinion est contredite par les recherches de Willan et Bartmann, par celles de MM. Rayer, Biett, Cazenave, Schedel et Letenneur qui admettent l'existence des pustules. Celles-ci, sous forme de points jaunes, sont très petites, elles dépassent à peine le niveau de la peau ; les unes, situées entre les cheveux avec la base desquels elles n'ont aucune connexion intime, disparaissent sans laisser de trace le deuxième ou troisième jour de leur existence, tandis que les autres, traversées par un ou deux cheveux et situés à leur base, se concrètent constamment et forment une dépression centrale qui n'est parfois visible qu'à la loupe, mais qu'on distingue bien à l'œil nu dès le cinquième ou sixième jour, dès que la croûte a acquis un certain volume. Celle-ci s'accroît lentement ; un plus ou moins grand nombre de croûtes peuvent finir par se réunir à leur circonférence ; tout le cuir chevelu peut même être recouvert par une incrustation d'un jaune fauve, offrant à sa surface une foule de dépressions en godet, et dont chacune d'elles correspond à la pustule primitive. Ce travail morbide s'accompagne constamment d'un prurit violent, et qui devient intolérable lorsque, par suite du défaut de soins, des poux en grand nombre pullulent sous les croûtes. La peau voisine est alors tendue, enflammée, et le plus souvent les ganglions cervicaux et sous-maxillaires s'engorgent. Les malades exhalent une odeur nauséabonde ou fétide, et analogue à celle de l'urine de chat ; les croûtes des favus peuvent se détacher, et laissent alors à nu une surface excoriée, érodée, douloureuse qui, dit-on, ne se recouvre pas de nouvelles

concrétions, à moins que d'autres pustules ne se développent. D'ailleurs les croûtes peuvent rester adhérentes à la peau pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années. Dans ce cas elles se dessèchent, se brisent, s'usent à leur surface ou se séparent par fragments; enfin chez ces malades les cheveux tombent et se laissent arracher par la moindre traction; la peau finit même par être dégarnie entièrement. Cette alopécie persiste souvent toute la vie; d'autres fois les cheveux repoussent, mais ils sont minces et lanugineux. Enfin l'inflammation du derme peut finir par se propager au tissu cellulaire et jusqu'aux os.

Durée, terminaison. — La maladie a une durée longue, indéterminée. Lorsqu'elle persiste plusieurs années, la nutrition générale est en souffrance; les enfants restent débiles, leur intelligence comme leur corps semblent arrêtés dans leur développement régulier. Lorsque le malade guérit, le cuir chevelu conserve pendant plus ou moins longtemps une coloration rougeâtre : souvent il est le siége de cicatrices irrégulières; enfin il y a une alopécie partielle ou générale, et quand les cheveux repoussent, il est rare qu'ils reprennent leur vigueur première.

Le *porrigo scutulata* (teigne *nummulaire ou en anneau*), quoique constituant une affection identique à la précédente, en diffère néanmoins par la disposition des croûtes et des pustules. Ces dernières, qui sont aussi très petites, se développent sur une plaque circulaire érythémateuse, et sont agglomérées en nombre beaucoup plus considérable à la circonférence qu'au centre. Déprimées comme les pustules et les croûtes des favus, elles sont disposées en anneau; et si plusieurs groupes se réunissent, on peut presque toujours discerner leur point de jonction par une ligne circulaire qui permet ainsi de déterminer la forme première de l'éruption. Lorsque le porrigo scutulata occupe une grande surface, on ne voit pas de dépression en godet, mais les croûtes sèches et friables se séparent par fragments semblables à du mortier ou à du plâtre sali.

Diagnostic. — L'éruption de petites pustules, l'existence de croûtes sèches, jaunes et creusées en godet, ne permettent de confondre le favus avec aucune autre affection. Les deux variétés du porrigo seront distinguées entre elles d'après la disposition des croûtes. Si elles sont discrètes, ou bien si, étant réunies, elles n'affectent aucune forme régulière, on diagnostique un *favus*; tandis que l'agglomération des croûtes, leur disposition régulière en anneau et la possibilité, lorsque plusieurs de ces plaques se sont réunies, de déterminer la forme primitive de chacune d'elles caractériseront le *porrigo scutulata.* Celui-ci offre pourtant quelque ressemblance avec l'impétigo figurata : nous en parlerons plus tard (voir *Impétigo*).

Pronostic. — Le porrigo est une affection grave en raison de sa du-

rée longue. Le *favus* est plus fâcheux que l'autre variété, qui est moins opiniâtre et n'est pas suivie aussi fréquemment d'alopécie.

Etiologie. — Le porrigo peut affecter tous les âges; mais on l'observe spécialement dans l'enfance et la jeunesse. Son développement spontané est rare dans la classe aisée; c'est une maladie presque spéciale à la classe pauvre, et qui reconnaît pour cause toutes les circonstances capables de détériorer la constitution, comme la misère, les privations, l'habitation de lieux malsains. Les individus d'un tempérament lymphatique sont plus souvent atteints par la maladie. Le favus et le porrigo scutulata sont essentiellement contagieux: la maladie peut se transmettre d'un individu à un autre par le contact immédiat ou par des objets ayant servi à la toilette des malades (linges, éponges, peignes, brosses, etc.) Enfin, sur le malade lui-même le porrigo ne se montre souvent sur certaines parties comme aux membres que par suite d'une inoculation directe.

Traitement. — A part les cas où il convient de soutenir ou de relever les forces, de fortifier la constitution des malades, on peut dire que le traitement du porrigo est tout-à-fait local. Il faut avant tout tenir les malades très propres, leur couper les cheveux, les raser, si c'est possible, et déterminer la chute des croûtes en les ramollissant par des lotions, ou mieux encore, par l'application de cataplasmes émollients et très humides. Les croûtes tombées, on lavera fréquemment le cuir chevelu avec de l'eau alcaline, de l'eau savonneuse, par exemple. Cependant il est rare que la maladie cède à ces moyens simples : aussi les auteurs se sont-ils de tout temps évertués pour chercher quelque remède efficace. Presque tous veulent qu'on détruise les cheveux. On sait que pendant longtemps la tête des teigneux fut recouverte d'une calotte de poix rendue très agglutinative; après trois ou quatre jours d'application, on la retirait brusquement et à contre-poil, puis on réappliquait un autre emplâtre, et ce supplice, qui a coûté la vie à beaucoup d'enfants, était ainsi répété pendant un ou plusieurs mois de suite. Aujourd'hui ce moyen barbare n'est plus usité, et pour produire la chute des cheveux on a recours à diverses poudres ou pommades épilatoires. C'est ainsi qu'on peut se servir d'une pommade faite avec 4 à 8 grammes de sous-carbonate de potasse ou de soude pour 32 gammes d'axonge, et dont on oint les parties malades deux ou trois fois par jour; ou bien on les lave avec la solution de sulfate de potasse (4 à 5 grammes pour 500 grammes d'eau). Tout le monde connaît la juste célébrité dont jouissent la poudre et la pommade épilatoires des frères Mahon. Quoique ce soit encore un arcane, cependant tout porte à penser que la préparation usitée par ces messieurs n'est probablement qu'un mélange de chaux éteinte et presque carbonatée, de sous-carbonate de potasse et de charbon. Quoi qu'il en soit, on fera tomber les cheveux par une

pommade épilatoire, et les croûtes par des cataplasmes; puis on lavera les surfaces avec une solution alcaline ou acide (4 grammes acide muriatique pour 500 grammes d'eau), avec une eau sulfureuse ou bien avec une solution de sels de zinc, de cuivre, de plomb, de nitrate d'argent. Enfin on incorpore ces substances dans des pommades que d'autres font au calomel et à l'iodure de soufre, etc. Quoi qu'il en soit, il est rare que le traitement triomphe de la maladie avant deux ou trois mois.

Siége de la maladie et explication des principaux phénomènes. — Pendant longtemps on a généralement admis, avec Underwood et Duncan, que les porrigo favosa et scutulata siégeaient dans les bulbes des cheveux. Cependant Sauvages, Murray, Mahon, considérèrent la maladie comme étant une altération des follicules sébacés. Enfin, d'après M. Letenneur, qui a écrit une bonne thèse sur ce sujet, le favus se développerait dans le goulot du follicule pileux, et non dans le corps même de ce dernier, qui serait ordinairement intact. La facilité avec laquelle on arrache les cheveux et l'alopécie consécutive ne sont pas, comme on l'a prétendu, une preuve d'une altération du bulbe, car nous croyons, avec M. Letenneur, que le peu de résistance des cheveux dépend de ce que leurs liens naturels sont détruits depuis que la croûte faveuse a dilaté le follicule, et que l'épiderme s'est détaché. Le même médecin explique l'alopécie, non par la destruction des bulbes, mais par l'oblitération de l'orifice du canal pilifère, et par la formation de cicatrices. Il est impossible de dire ce qui produit la dépression des croûtes en godet; l'explication que M. Baudelocque a donnée de ce phénomène n'est pas d'accord avec les données anatomiques.

DE L'ECTHYMA.

Le mot *ecthyma* sert à désigner une phlegmasie cutanée caractérisée par des pustules *phlyzaciées*, arrondies, d'un volume assez considérable, ordinairement discrètes, à base rouge et enflammée, auxquelles succède une croûte brunâtre plus ou moins épaisse, et qui elle-même est remplacée plus tard par une tache rougeâtre ou par une petite cicatrice (1).

Symptômes. — L'ecthyma offre quelques prodromes dans les cas seulement où l'éruption doit être tout-à-coup nombreuse. Mais le plus souvent les pustules naissant successivement, on n'observe aucun symptôme prodromique. La maladie débute par des points rouges, durs, saillants, circonscrits, offrant dès le deuxième jour une couleur blanche, en raison du pus qu'ils contiennent. Au troisième et au quatrième jour, la pustule est bien établie; sa base est dure, d'un rouge vif ou

(1) De εκθυειν, *rompre avec fureur*, ou de εκθυμιαω, *j'exhale*, a souvent été employé, surtout par les Latins, comme synonyme de *pustules*.

livide. Vers le septième, la tumeur s'ouvre ; le pus se concrète sous forme de croûte jaune, brune ou verdâtre, qui se sépare du dixième au quinzième jour. En général, l'éruption parcourt ses périodes sans exciter de réaction fébrile. Il existe pourtant assez souvent du malaise et de l'anorexie; mais il y a communément des douleurs lancinantes dans la partie malade ; celles-ci sont assez vives lorsque plusieurs pustules sont confluentes, et dans ces cas il est commun d'observer un engorgement douloureux des ganglions lymphatiques voisins.

Tels sont les caractères et la marche de l'ecthyma qu'on peut appeler aigu; mais il est rare que la maladie suive cette marche, car presque toujours des groupes de pustules naissent successivement pendant plusieurs mois de suite, ce qui caractérise l'ecthyma *chronique*, qui est la forme habituelle de la maladie. Chacune de ces éruptions s'accompagne des mêmes phénomènes que nous avons précédemment énumérés. Cette forme de l'ecthyma présente quelques particularités, suivant l'état constitutionnel des malades. Lorsqu'elle affecte des enfants affaiblis, mal nourris, les pustules sont très inégales entre elles pour le volume : les unes suppurent et se couvrent de croûtes; les autres diminuent peu à peu, et offrent plusieurs desquamations successives; quelques unes, enfin, sont suivies d'ulcérations profondes (*E. infantile* de Willan). Chez les vieillards débiles ou les sujets adonnés à la débauche, l'ecthyma se présente également sous un aspect insolite : ainsi la peau est d'un rouge livide; la pustule est noirâtre, à cause du sang qu'elle contient; la croûte a la même coloration, elle se forme plus lentement, peut rester adhérente à la peau pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Lorsqu'elle tombe, elle laisse souvent à nu une ulcération de mauvaise nature, et dont la cicatrisation est longue et difficile (*E. cachecticum* de Willan).

L'ecthyma peut se montrer sur presque tous les points de la peau ; mais on l'observe surtout aux membres, aux épaules, aux fesses, au cou, à la poitrine. Il est rare de le rencontrer à la tête. Les pustules peuvent envahir successivement plusieurs régions; mais communément elles sont bornées à une seule partie, comme à un membre, par exemple.

Diagnostic. — L'ecthyma ne peut être confondu avec l'acné ou le sycosis, même lorsque les pustules ont une base dure et rouge ; car dans ces deux dernières maladies les pustules sont plus petites, leur marche est lente, l'induration de la base persiste plus ou moins longtemps ; tandis que les pustules de l'ecthyma sont plus larges, plus superficielles, et ne sont jamais accompagnées d'indurations; enfin les croûtes elles-mêmes ont un aspect différent. Il est facile de distinguer l'ecthyma du *rupia simplex;* mais nous avons vu que quelquefois la bulle était purulente ou contenait un sang noirâtre, comme dans l'ecthyma *cachecticum*. Cependant même alors il sera encore possible de saisir le caractère

bulleux, et si on n'y parvenait pas, l'aspect des croûtes semblables aux écailles d'huîtres et les ulcérations profondes permettraient de reconnaître la véritable nature de la maladie. Les pustules de la variole, de la vaccine et du favus diffèrent de l'ecthyma par leur forme ombiliquée, leur marche et leur caractère contagieux. Enfin nous dirons plus tard comment on distingue l'ecthyma de l'impétigo et des pustules syphilitiques.

Pronostic. — L'ecthyma n'offre par lui-même aucune gravité; il n'est fâcheux qu'en raison de l'état de faiblesse, de cachexie, avec lequel il coïncide souvent, et des complications intestinales qui arrivent surtout chez les vieillards et les enfants.

Étiologie. — Il paraît que l'ecthyma affecte surtout les hommes, les sujets débilités portant quelque lésion viscérale, les individus misérables et malpropres, ceux adonnés à l'ivrognerie, ou qui exerçent des professions qui mettent la peau en contact avec des substances irritantes. Enfin l'ecthyma complique souvent diverses maladies de la peau, et surtout la variole et la gale.

Traitement. — Des boissons délayantes, des lotions émollientes, des bains tièdes, quelques laxatifs, sont les seuls moyens à opposer à l'ecthyma simple aigu. Mais si la maladie se prolonge, il faut modifier l'état constitutionnel: ainsi, les malades étant ordinairement malingres, affaiblis, cacochymes, il faut ranimer leurs forces par une hygiène convenable, par l'emploi des bains de mer, par les amers, les toniques et les ferrugineux. Les ulcérations qui succèdent à la chute des croûtes peuvent être assez enflammées pour nécessiter une médication tonique émolliente; mais plus communément l'ulcère est atonique, et il convient alors de raviver sa surface par les lotions stimulantes, les digestifs, ou par la cautérisation.

DE L'IMPÉTIGO.

Synonymie.— Dartre crustacée, mélitagre d'Alibert.

L'*impétigo* est une maladie non contagieuse caractérisée par l'éruption de petites pustules *psydraciées*, agglomérées ou discrètes, et qui, en se desséchant, forment des croûtes jaunes, rugueuses et épaisses.

Divisions. — La disposition des pustules a fait admettre deux variétés principales d'impétigo. Ainsi, lorsque les pustules sont agglomérées sur une surface plus ou moins circonscrite et à laquelle on peut assigner une forme quelconque circulaire, ovale, Willan donne à l'impétigo le nom de *figurata*, tandis que, lorsque les pustules éparses n'affectent aucune forme régulière, l'impétigo est dit *sparsa;* ces deux variétés peuvent exister à l'état aigu ou à l'état chronique. Enfin, à l'exemple de Biett, de M. Cazenave et Schedel, etc., nous rapporterons à l'impétigo les ma-

ladies décrites par Willan sous les noms de *porrigo larvalis* et *porrigo granulata*, que d'autres ont confondues sous le nom générique de *teigne*, expression qui n'est plus usitée dans notre langage actuel.

Symptômes. — L'*impetigo figurata* occupe ordinairement les joues; on l'observe moins souvent sur les membres, et plus rarement encore sur le tronc. Il survient communément sans prodromes. On voit un ou plusieurs points de la peau devenir rouges et le siége d'une chaleur et d'un prurit incommodes; bientôt il se développe sur ces plaques un plus ou moins grand nombre de pustules petites, peu saillantes, qui, en trente-six, quarante-huit ou soixante-douze heures au plus tard, s'ouvrent et versent un liquide purulent qui forme des croûtes jaunes, très friables, demi-transparentes, et qu'on a comparées au suc gommeux de quelques arbres ou à du miel desséché. A la circonférence de ces croûtes, qui envahissent parfois une partie du visage, on trouve généralement encore quelques pustules intactes. C'est d'ailleurs par le développement de pustules à la circonférence des croûtes qu'on voit la maladie, d'abord limitée, occuper plus tard un grand espace. L'impétigo reste ainsi stationnaire pendant un temps qui varie entre deux et quatre semaines; alors le prurit et la chaleur sont moindres, les croûtes tombent, et la portion de peau qu'elles laissent à nu est tantôt rouge, luisante et tendue, d'autres fois excoriée et gercée. Ces surfaces fournissent un suintement abondant qui devient la source de nouvelles concrétions, ou bien la croûte reste, mais au-dessous d'elle se forme une ulcération rongeante qui détruit la peau et laisse en guérissant une cicatrice difforme (*imp. rodens*). Ceci ne se voit guère que dans l'impétigo du nez. Dans d'autres cas, une éruption de nouvelles pustules se fait sur les surfaces malades et s'accompagne des symptômes locaux qui ont marqué la première éruption. La maladie a passé alors à l'état chronique; le derme enflammé finit alors par acquérir une épaisseur plus ou moins considérable. L'impétigo *figurata* qui siége aux membres et au tronc présente les mêmes caractères que celui de la face, les plaques sont seulement plus larges; c'est ce qui a lieu surtout pour celles qui se développent sur les membres inférieurs. Ici, en effet, on voit parfois des croûtes assez étendues pour envelopper le membre de toutes parts. Celles-ci ont alors une dureté très grande, elles sont d'un brun jaunâtre foncé (*imp. scabida de Willan*). Dans ces cas, les mouvements du membre sont difficiles et douloureux, il y a un prurit insupportable, de l'œdème; les ongles tombent, et si des portions de croûte se séparent, elles sont bientôt remplacées par la concrétion du fluide exhalé.

Nous avons déjà dit quelle était la disposition des pustules dans l'impétigo *sparsa*; cette variété de la maladie n'affecte guère que les membres; son siége de prédilection est aux jambes. Les pustules suivent la même marche et s'accompagnent des mêmes démangeaisons que dans

l'impétigo *figurata* ; plus que celui-ci, la forme précédente a de la tendance à passer à l'état chronique.

L'impétigo, qui quelquefois ne dure que deux ou trois semaines, peut se prolonger pendant plusieurs années consécutives, et finit, s'il est très étendu, par affaiblir la constitution. Lorsque la maladie doit se terminer heureusement, le prurit et la chaleur diminuent, ainsi que le suintement, les croûtes s'amincissent et tombent sans se reproduire, la surface malade se rétrécit, l'engorgement de la peau diminue peu à peu ainsi que sa coloration violacée, qui est le phénomène morbide qui disparaît le dernier.

Il nous reste à faire connaître deux espèces d'impétigo qui n'occupent guère que la tête, et qu'on observe spécialement chez les enfants; je veux parler de l'impétigo *larvalis* et *granulata*. Le premier, qui n'est autre chose que la gourme, a reçu son nom de l'espèce de masque qu'il forme sur le visage (*larva masque*) : c'était *la teigne muqueuse* d'autrefois. Il occupe le front, les joues, le menton des enfants âgés d'un à quatre ans. La peau est rouge et enflammée, les pustules sont discrètes ou confluentes ; elles donnent un écoulement abondant, visqueux, jaunâtre, lorsqu'elles se déchirent, et le liquide, en se concrétant, peut couvrir toute la figure d'une espèce de masque jaunâtre, humide ; il peut s'étendre aussi au tronc et au cuir chevelu sans détruire jamais le bulbe des cheveux. Cette éruption s'accompagne de prurit et souvent de douleur ; elle peut suivre une marche aiguë, produire le gonflement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, et s'accompagner de fièvre. Mais le plus souvent la maladie est chronique, les croûtes tombent et se reproduisent plusieurs fois avant de cesser.

La seconde forme d'impétigo a été nommée *granulata* (*teigne granulée*); elle se développe sur le cuir chevelu des enfants de deux à huit ans qu'on ne soigne pas. Elle est caractérisée par des pustules qui fournissent un liquide abondant et qui se concrète. Les croûtes, en se desséchant, adhèrent aux cheveux, et ressemblent assez à des fragments de mortier ou à du plâtre tombé des murs, et sali par l'humidité et la poussière; les cheveux ne sont jamais détruits, ou s'ils tombent, ce n'est qu'une alopécie momentanée. L'impétigo granulé dure rarement plus de deux ou trois mois; il cède souvent en quelques semaines à des soins de propreté.

Diagnostic. — Le caractère pustuleux différencie suffisamment l'impétigo des éruptions herpétiques et eczémateuses. L'éruption qui occupe le menton pourrait être confondue avec la mentagre ; mais si on se rappelle que dans l'impétigo les pustules sont petites et rapprochées, que le suintement est abondant, que les croûtes sont épaisses, jaunes verdâtres et demi-transparentes, qu'il n'existe enfin aucune callosité de la peau, on arrivera à préciser le véritable caractère de la maladie.

On distinguera toujours facilement l'impétigo du favus et des syphilides pustuleuses. Quant au *porrigo scutulata*, il y a entre lui et l'*impetigo figurata* des différences essentielles, qu'on considère les pustules ou les croûtes. En effet, pour le premier, les pustules sont petites, à peine visibles, la concrétion des liquides est prompte; dans l'impétigo, au contraire, les pustules ont un certain volume, et la croûte ne se forme qu'après quelques jours. Si on considère la concrétion, on trouvera celle-ci plus épaisse dans l'impétigo, se reproduisant facilement lorsqu'elle tombe, et sans qu'il soit besoin d'une éruption nouvelle; enfin l'impétigo n'est pas contagieux, et ne produit pas l'alopécie.

Pronostic. —Il est le même que pour l'ecthyma.

Etiologie. — L'impétigo survient quelquefois par l'action des substances irritantes sur la peau. Quand il est spontané, on le dit plus fréquent au printemps et à l'automne, chez les sujets lymphatiques ou sanguins, chez les enfants, les vieillards et à l'âge critique des femmes. Enfin, on a regardé les passions tristes, les excès, le mauvais régime, comme favorisant le développement de la maladie. Mais aucune de ces opinions n'est encore justifiée par une observation sévère. Cependant, il est à peu près démontré que l'impétigo affecte plus souvent les enfants pauvres que ceux de la classe aisée. Cette maladie n'est jamais contagieuse.

Traitement. — Dans la forme aiguë de l'impétigo, il faut recourir aux moyens précédemment conseillés pour l'état aigu de l'ecthyma et du sycosis; mais lorsque la maladie est passée à l'état chronique, les préparations sulfureuses en boissons, en bains et en douches seront très utiles. On conseille encore les bains et douches de vapeurs ordinaires. Quand la maladie résiste à ces moyens, quelques personnes veulent qu'on modifie les surfaces par l'application d'un vésicatoire, ou par la cautérisation avec le nitrate d'argent, ou par des onctions avec la pommade de protonitrate de mercure (120 centigr. pour 32 grammes d'axonge). Enfin aux impétigo qui s'étaient montrés rebelles à ces moyens, on a opposé les préparations arsenicales, et surtout la solution de Pearson (arséniate de soude 20 centigr. dans 120 grammes d'eau distillée; en donner de 12 gouttes à 4 grammes et plus par jour).

L'impetigo larvalis (ou la *gourme*) n'exige en général que des soins de propreté, des lotions fréquentes avec des substances mucilagineuses, des bains, parfois des laxatifs et un exutoire au bras. Il ne faut pas oublier que l'impétigo larvalis est quelquefois un émonctoire utile, et que, par conséquent, on ne doit pas le supprimer trop tôt. Dans l'impétigo *granulata*, il faut faire tomber les croûtes avec des cataplasmes émollients, et, dès que l'inflammation est calmée, recourir aux lotions et aux pommades alcalines, et quelquefois aux préparations sulfureuses (en douches et en lotions).

QUATRIÈME CLASSE DE MALADIES.

SÉCRÉTIONS MORBIDES.

Sous le titre de *sécrétions morbides*, d'*hypercrinies* ou d'*hyperdiacrises*, on comprend un grand nombre d'affections caractérisées par l'augmentation d'un fluide naturel, ou bien par la sécrétion accidentelle d'un fluide inaccoutumé, sans qu'on puisse constater ordinairement aucune lésion appréciable dans le tissu des parties. Le produit ainsi sécrété s'écoule au-dehors, ou bien il est retenu dans les parties mêmes où il a été exhalé : dans le premier cas, il y a *flux;* dans le second, on dit qu'il y a *collection* ou *épanchement*. On peut d'ailleurs, dans le même organe, voir alternativement les liquides exhalés s'écouler au-dehors ou être retenus : c'est ce qu'on observe particulièrement pour l'utérus.

C'est avec raison que les anciens nosographes ont admis sous le nom de *flux* et de *collections* une grande classe de maladies que quelques modernes avaient vainement essayé de faire disparaître, en voulant toujours rattacher la sécrétion morbide à une altération matérielle de l'organe exhalant. Mais les recherches d'anatomie pathologique ont démontré combien ces prétentions étaient peu fondées, puisqu'elles ont prouvé que des flux et des collections liquides considérables pouvaient exister pendant longtemps sans aucune lésion appréciable dans les parties, ou bien que les lésions qu'on découvrait quelquefois n'étaient nullement en rapport avec la gravité des accidents, et ne sauraient par conséquent les expliquer. Dans ces cas, il est impossible de caractériser anatomiquement la maladie. Prétendre que celle-ci consiste dans une *irritation sécrétoire*, ce n'est point résoudre le problème, mais c'est dissimuler notre ignorance par un mot vague qui ne démontre rien. Aussi, dans l'impuissance où nous sommes de pénétrer la nature de la maladie, nous ne pouvons mieux faire que de la caractériser par le phénomène prédominant, c'est-à-dire par l'exhalation et l'excrétion du liquide. Ce symptôme, d'ailleurs, peut, abstraction faite de la cause, le plus souvent inconnue, qui le produit, expliquer la plupart des accidents qu'on observe, et il devient en outre la source des principales indications à remplir.

Il est peu de parties du corps qui soient à l'abri des affections dont je parle; cependant il en est qui y sont plus exposées que d'autres. Ainsi les organes glanduleux, les membranes muqueuses et la peau sont surtout sujets aux flux, tandis que les membranes séreuses, le tissu cellulaire et adipeux, et le parenchyme des viscères, sont le siége ordinaire des collections. La nature du liquide exhalé varie aussi : c'est

tantôt du sang, ou de la sérosité, ou des gaz, ou bien c'est le fluide qui, fourni normalement par un organe sécréteur, est tout-à-coup exhalé en plus grande quantité; tels sont les flux muqueux, bilieux, urinaire, spermatique, etc.

Les sécrétions morbides ont souvent lieu sans prodromes; d'autres fois elles sont précédées de symptômes précurseurs très variables, et qui peuvent être généraux ou bornés à l'organe menacé. Le symptôme principal dans les *flux* consiste dans l'excrétion d'un liquide. L'écoulement peut être continu, ou avoir lieu à certains intervalles; il se fait sans douleurs, ou avec des souffrances parfois atroces; cependant, dans la plupart des cas, on n'observe que des troubles fort légers. Lorsque, au contraire, le liquide exhalé est retenu dans l'organe, il en résulte des accidents plus ou moins graves, dépendant surtout de la compression que le fluide exerce, compression qui est d'autant plus fâcheuse que les parties se prêtent moins à la distension. Les symptômes généraux sont nuls, légers ou graves, suivant la nature du flux, et sa marche plus ou moins rapide. En général, lorsque la sécrétion morbide s'établit brusquement, les symptômes généraux sont graves : tels sont, pour les flux, le choléra et la diarrhée séreuse; pour les collections, les épanchements de la tête et de la poitrine. Enfin, lorsque les flux se prolongent, ils altèrent la constitution, et finissent par produire le dépérissement. D'ailleurs, lorsqu'une sécrétion morbide existe ainsi d'une manière continue, la plupart des sécrétions naturelles diminuent, et peuvent même presque se supprimer. Enfin la fièvre hectique survient, et les malades succombent dans le marasme.

Les maladies dont je parle ont une marche continue, ou bien irrégulière, intermittente, et parfois exactement périodique. Après une durée variable, elles se terminent par la santé, par la mort, ou par d'autres affections. La maladie, sans changer de nature, peut affecter un autre siége : ainsi un flux sanguin des vaisseaux hémorrhoïdaux peut être remplacé par un flux de même nature de la pituitaire ou de toute autre muqueuse; d'autres fois, un flux sanguin est remplacé par un flux séreux, muqueux, et réciproquement. Quoi qu'il en soit, les maladies dont je parle récidivent très souvent, et l'on peut même établir que les rechutes, comme les récidives, sont peut-être plus communes dans cette classe d'affections que dans aucune autre.

Après avoir constaté l'existence, soit d'un flux, soit d'un épanchement, il faut déterminer, d'après les commémoratifs, l'état actuel du malade et la marche de l'affection, si la sécrétion morbide est un phénomène primitif, essentiel, ou s'il est symptomatique d'une lésion matérielle locale, ou de l'état constitutionnel du sujet.

La gravité du pronostic est proportionnée à l'importance et à la quantité du liquide excrété, à la promptitude avec laquelle il s'écoule; et dans

les cas d'épanchement, à l'importance des organes comprimés; enfin, à la nature de la cause, suivant qu'elle est susceptible ou non d'être éloignée.

Les causes des sécrétions morbides sont le plus souvent obscures. Toutefois, nous verrons plus tard que l'âge, le sexe, le régime, les conditions atmosphériques, certaines maladies antérieures, l'hérédité, certaines professions, etc., constituent tout autant de prédispositions pour quelques unes de ces affections en particulier. Quant à la cause prochaine, il est ordinairement impossible de la préciser. Quelquefois la maladie est consécutive à un trouble de l'innervation, à une modification survenue dans la circulation capillaire. Enfin, dans quelques cas, il semble que la maladie résulte d'une augmentation dans l'action des solides (*flux actifs*), tandis que d'autres fois il paraît, au contraire, que ceux-ci sont frappés d'atonie, ou que les liquides, ayant moins de densité, sont moins facilement retenus par les vaisseaux (*flux passifs*).

Le traitement des nombreuses affections qui appartiennent à cette classe varie beaucoup. Ainsi il y a des moyens directs : tels sont l'évacuation artificielle pour les collections; le tamponnement, la compression pour les flux; la médication topique pour les deux. Les moyens indirects les plus puissants dans les flux actifs sont les médications antiphlogistiques et sédatives; dans les flux passifs, ce sont les toniques et les astringents. Dans les deux cas, on emploie aussi très souvent une médication perturbatrice : ainsi on produit des révulsions sur diverses parties du corps, et on excite les principales sécrétions naturelles. Enfin, la marche continue ou intermittente, la nature essentielle ou symptomatique de la maladie, seront encore la source de quelques indications sur lesquelles il est inutile d'insister ici.

Comme M. Chomel le faisait autrefois dans ses cours de pathologie, nous diviserons les sécrétions morbides d'après la nature du fluide exhalé; nous allons donc étudier séparément : 1° les hémorrhagies; 2° les sécrétions séreuses; 3° les sécrétions muqueuses; 4° les sécrétions de liquides propres à quelques organes, comme l'urine, le sperme, le lait, la graisse, etc.; 5° enfin, les pneumatoses ou la sécrétion des fluides élastiques.

PREMIER GENRE DE SÉCRÉTIONS MORBIDES.

DES HÉMORRHAGIES.

On entend par *hémorrhagie* tout écoulement de sang hors des vaisseaux qui sont destinés à le contenir, soit que ce liquide se répande sur une surface libre, soit qu'il s'épanche dans l'épaisseur d'un organe ou

d'un tissu. Dans ce dernier cas, on donne souvent à l'hémorrhagie le nom d'*apoplexie*.

Historique. — Les auteurs anciens ont connu les principales espèces d'hémorrhagies. Hippocrate en a parlé dans plusieurs de ses ouvrages, et il ne les a guère considérées que sous le point de vue pratique ; mais ses successeurs n'imitèrent point sa réserve. Quittant la voie de l'observation, tous voulurent expliquer, à l'aide des théories régnantes, la cause prochaine des hémorrhagies et le mécanisme de leur production. Préoccupés de leurs vaines fictions, presque tous, à l'exception peut-être de Stahl et de F. Hoffmann, négligèrent tout ce qui était positif dans l'histoire des hémorrhagies. On peut se convaincre par la lecture des ouvrages de Latour et de Lordat, publiés au commencement de ce siècle, combien même à cette époque l'histoire des différentes espèces d'hémorrhagies offrait d'incertitude. Mais depuis lors les recherches cadavériques nombreuses et une meilleure direction dans l'étude des phénomènes morbides ont beaucoup éclairé l'étude de cette classe importante de maladies. A l'occasion de chaque hémorrhagie en particulier, nous dirons les noms des médecins qui, par leurs travaux, en ont le mieux perfectionné l'histoire ; mais je dois d'abord signaler ici, comme pouvant être consulté avec fruit, le résumé bien fait que M. Chomel a tracé sur les hémorrhagies en général, dans le tome XV du *Dictionnaire de médecine* (ann. 1837), ainsi que l'article du *Compendium de médecine*.

Divisions. — Les hémorrhagies qui sont du domaine de la pathologie médicale ont été appelées *spontanées*, par opposition aux hémorrhagies traumatiques qui appartiennent à la chirurgie, parce que les causes qui produisent les premières sont toujours obscures et souvent même tout-à-fait inconnues. Les hémorrhagies spontanées ont été distinguées en *symptomatiques* et en *essentielles*. Les premières se rattachent à l'existence d'une maladie antérieure, elles constituent un de ses symptômes ; au contraire les hémorrhagies essentielles ne sont le symptôme d'aucune affection antérieure appréciable ; ici l'hémorrhagie forme alors à elle seule tout l'état morbide. Les auteurs ont encore distingué les hémorrhagies en *actives* ou *sthéniques*, en *passives* ou *asthéniques*, en *constitutionnelles*, *accidentelles*, *succédanées*, *critiques*, en *internes* et en *externes*, expressions dont nous fixerons plus tard la valeur. Enfin j'ai dit plus haut que les hémorrhagies étaient tantôt *interstitielles*, et que tantôt elles se formaient sur des *surfaces libres* ; c'est à ces dernières seulement que s'appliquent les généralités que nous allons présenter.

Anatomie pathologique. — Lorsqu'on examine sur le cadavre un organe qui, pendant la vie, a été le siége d'une hémorrhagie essentielle, on ne trouve aucune modification appréciable dans sa structure ; les anciens avaient donc eu tort de supposer que, dans ces cas, il existait toujours quelque érosion manifeste des vaisseaux artériels et veineux, opinion

d'ailleurs qui fut victorieusement réfutée par les recherches nécroscopiques de Morgagni, et surtout de Bichat. L'organe ou le tissu à la surface duquel l'hémorrhagie s'est faite est le plus souvent pâle, décoloré; d'autres fois il est plus rouge, plus humide, ecchymosé; en le pressant, on en exprime du sang ou de la sérosité rougeâtre; enfin, les vaisseaux sanguins sont gorgés jusqu'à une certaine distance; il y a, en un mot, tous les caractères d'une congestion très vive. Dans l'absence de toute érosion appréciable des tissus, il faut admettre que les hémorrhagies essentielles et la plupart de celles qui sont symptomatiques d'une altération des solides et des liquides constituent une véritable sécrétion morbide, et que, dans ces cas, le sang est exhalé suivant le même mécanisme que le mucus, la sérosité et le fluide perspiratoire. Mais il nous est absolument impossible de déterminer la cause intime d'un pareil phénomène, et tout ce qu'on a dit à ce sujet ne mérite pas même d'être discuté par des esprits sérieux. Lorsque la mort a été produite par l'abondance de l'hémorrhagie, on trouve le système circulatoire presque vide, le sang qu'il contient est pâle, séreux; le cœur est revenu sur lui-même et tous les organes sont décolorés.

Symptômes. — Les symptômes des hémorrhagies diffèrent beaucoup, suivant l'organe par où elles ont lieu, et suivant que l'écoulement sanguin est plus ou moins considérable. Beaucoup d'hémorrhagies sont précédées par des signes d'une congestion plus ou moins forte vers l'organe qui doit être le siége de l'exhalation sanguine. C'est l'ensemble des phénomènes qu'on observe alors qui caractérise ce qu'on nomme le *molimen hémorrhagicum* ou l'*effort hémorrhagique* des auteurs. Le sang s'échappe à l'extérieur peu après avoir été exhalé (*hémorrhagie externe*); d'autres fois il s'épanche et séjourne dans une cavité (*hémorrhagie interne*). Dans l'un et l'autre cas, on observe des symptômes dont la gravité est en rapport avec la quantité de sang perdue. Si l'hémorrhagie se fait avec rapidité, et si elle est abondante, les malades sont pris d'horripilations; la face et toute l'habitude du corps pâlissent, les extrémités se refroidissent; il y a de la tendance aux lipothymies; le pouls se déprime et s'accélère. A un degré plus considérable encore, on observe des efforts de vomissements, des évacuations alvines involontaires, des mouvements convulsifs, une sorte de délire ou de coma vigil (Marshall, Hall), et des syncopes qui ont pour effet d'arrêter ou de modérer l'hémorrhagie. Enfin, quand la perte est excessive, la mort peut avoir lieu en quelques instants. Lorsque l'hémorrhagie est externe, le sang qui s'échappe est rouge ou noir, fluide ou en caillots, pur ou mêlé à diverses substances solides, liquides ou gazeuses. Sa quantité varie depuis quelques gouttes jusqu'à 6 ou 8 kilogrammes. Lorsque l'hémorrhagie a été abondante, lorsque les malades frappés de syncope viennent à reprendre connaissance, on voit se développer plus ou moins

rapidement un état de réaction qui a été bien décrit par un excellent observateur, le docteur Marshall Hall de Londres. Cette réaction est caractérisée par la chaleur de la peau, par le développement du pouls, qui devient souvent ample, dur et dicrote; en même temps, l'impulsion du cœur est forte, cet organe est le siége d'un bruit de souffle ou de râpe; la respiration est fréquente; il y a de la soif; les urines sont rouges et rares. Ces phénomènes d'excitation cèdent généralement après douze ou trente-six heures; ils durent rarement plus de deux jours. Lorsque l'hémorrhagie ne se reproduit pas, les malades entrent en convalescence; mais les forces reviennent toujours très lentement. Si, au contraire, l'hémorrhagie a été peu abondante, il y a à peine de convalescence, souvent même la perte de sang est suivie aussitôt d'un grand état de bien-être; c'est ce qui a lieu, par exemple, dans les cas où l'hémorrhagie est produite par la pléthore.

Marche, durée. — La marche des hémorrhagies varie beaucoup. Tantôt elles apparaissent brusquement, et cèdent après quelques minutes de durée. D'autres fois, elles persistent sans interruption pendant plusieurs jours, plusieurs semaines ou même plusieurs mois. Enfin, le plus souvent, elles se renouvellent après un temps d'arrêt plus ou moins considérable. Lorsque les hémorrhagies se reproduisent ainsi pendant un grand nombre de fois, les sujets deviennent anémiques et éprouvent tous les accidents que nous avons décrits précédemment (voir page 186). Leur sang est remarquable par la diminution des globules : c'est la première et souvent la seule lésion que ce liquide présente; mais si l'hémorrhagie continue, ou a été d'abord excessive, la fibrine et les matériaux solides du sérum diminuent à leur tour; c'est ce qu'a parfaitement établi M. Andral dans ses *recherches d'hématologie.*

Variétés. — Les auteurs admettent plusieurs espèces d'hémorrhagies, en ayant égard aux conditions dans lesquelles elles se déclarent et aux symptômes généraux qui les accompagnent. Ainsi, on dit que l'hémorrhagie est *active* lorsque, survenant chez un sujet fort, pléthorique, elle est annoncée par les phénomènes propres au *molimen hemorrhagicum*, et qu'elle s'accompagne d'un état de réaction presque fébrile, qui cesse avec l'écoulement sanguin. Le sang qui s'échappe alors est rouge vermeil, concrescible. Cette espèce d'hémorrhagie est en quelque sorte son remède à elle-même; elle cesse par le seul fait de l'écoulement d'une certaine quantité de sang (Chomel).

Les hémorrhagies *passives* sont celles, au contraire, qui affectent les sujets cachectiques et affaiblis par une cause quelconque; elles n'ont point de prodromes, ne s'accompagnent d'aucune réaction; le sang qui s'échappe est séreux, noirâtre, et se coagule difficilement.

On a vu que les hémorrhagies étaient très sujettes à récidiver. Il est des individus chez lesquels elles se reproduisent ainsi à des intervalles

plus ou moins rapprochés, et parfois réguliers. Leur non-apparition aux époques où elles ont coutume de paraître entraîne parfois des accidents plus ou moins graves. On voit donc ici que l'hémorrhagie constitue alors un besoin de l'économie; c'est une espèce de fonction supplémentaire qu'il faut respecter. On nomme ces hémorrhagies, *constitutionnelles;* elles ont l'importance du flux menstruel. On les observe souvent chez les individus d'une même famille, mais parfois de constitution très différente; elles se rapprochent beaucoup des hémorrhagies actives. Lorsqu'elles sont périodiques, elles ont lieu presque toujours par le même organe. D'autres fois, elles se font par un organe différent; on dit alors que l'hémorrhagie est *déviée*, ou qu'elle est *supplémentaire* ou *succédanée*. Enfin, l'hémorrhagie peut être *critique* lorsque, survenant dans le cours d'une maladie, elle est suivie d'un changement avantageux dans l'état du malade.

Diagnostic. — Galien, Solano de Lucques, Fouquet, Bordeu, etc., prétendaient qu'on pouvait prédire la manifestation prochaine d'une hémorrhagie d'après les caractères du pouls; mais il est inutile aujourd'hui de discuter une opinion à laquelle les faits les mieux observés ont donné un démenti formel. Il n'y a d'autres signes pouvant faire soupçonner l'imminence d'une hémorrhagie que ceux que nous avons indiqués précédemment comme caractérisant une hypérémie locale. Lorsque l'hémorrhagie est produite, si elle est externe, il n'y a aucune difficulté d'en constater l'existence; seulement, si le sang exhalé dans un organe profond n'arrive à l'extérieur qu'après avoir traversé de longs conduits, il pourra être difficile de préciser quel a été son point de départ. Si l'hémorrhagie est interne et si elle offre quelque abondance, elle sera diagnostiquée par les frissons, la décoloration, la perte de chaleur, les bâillements, les lipothymies, et cette série de symptômes que nous avons précédemment notés dans les pertes de sang un peu considérables. Mais la plus grande difficulté dans le diagnostic des hémorrhagies consiste à déterminer si celles-ci sont *essentielles* ou bien *symptomatiques* : c'est ce que je m'efforcerai de préciser en parlant de chaque hémorrhagie en particulier. Qu'il me suffise seulement de dire ici d'une manière générale, avec M. le professeur Chomel, qu'à l'exception de l'épistaxis et du flux hémorrhoïdal, toutes les autres hémorrhagies qui ont lieu par les membranes muqueuses sont presque toujours symptomatiques.

Pronostic. — La gravité du pronostic sera surtout calculée d'après le siége de l'hémorrhagie, son abondance, ses récidives, et suivant que la maladie est essentielle ou symptomatique.

Etiologie. — Il n'est guère de tissu dans l'économie qui ne puisse devenir le siége d'une hémorrhagie. Mais cette maladie se remarque surtout dans les organes et les tissus les plus vasculaires, qui ont une

trame molle et une texture délicate : c'est là probablement ce qui explique la disposition spéciale qu'ont les membranes muqueuses à être affectées d'hémorrhagies. Celles-ci surviennent à tous les âges ; mais l'adolescence et l'âge mûr sont les périodes auxquelles les pertes de sang sont le plus fréquentes ; d'ailleurs, ainsi que nous le verrons, l'âge a la plus grande influence sur la détermination du siége des hémorrhagies. Celles-ci sont en général plus communes chez les femmes que chez les hommes, et chez les premières, elles ne sont souvent que supplémentaires du flux menstruel. Les tempéraments sanguins, pléthoriques, les sujets nerveux, irritables, sont ceux qui sont le plus prédisposés aux hémorrhagies essentielles. L'hérédité est encore une cause puissante. Il est, en outre, des individus tellement prédisposés aux flux sanguins, qu'ils en éprouvent pour la moindre cause : la plus légère solution de continuité, telle qu'une piqûre de sangsue, donne quelquefois lieu chez eux à un écoulement de sang considérable. D'autres fois ces hémorrhagies ont lieu spontanément par un ou par plusieurs points à la fois. On a vainement cherché jusqu'à ce jour à saisir la condition organique qui fait que, chez certains individus, le sang transsude ainsi avec autant de facilité. Dirons-nous que chez eux le système capillaire, frappé d'atonie, n'a plus la force de retenir le sang ? Ce ne serait là qu'une hypothèse qu'on ne peut vérifier. Ou bien accuserons-nous le sang d'être altéré dans sa composition ? La chose me paraîtrait plus probable. Mais en quoi consiste cette altération ? Y a-t-il modification dans la texture même des globules, comme tendrait à le faire croire un fait publié il y a peu d'années par M. Tardieu ; ou bien doit-on supposer que c'est la fibrine qui existe alors en proportion moins considérable ? Nous l'ignorons encore. Il est pourtant incontestable, ainsi que M. Andral l'a démontré, que la défibrination du sang devient, dans un grand nombre de cas, la cause ou la lésion concomitante de beaucoup d'écoulements sanguins ayant un caractère passif : ainsi c'est dans les maladies où l'on observe surtout la destruction de la fibrine qu'on remarque le plus grand nombre d'hémorrhagies passives. C'est ce que nous avons vu précédemment dans les pyrexies, surtout dans la fièvre typhoïde et la fièvre jaune, dans la variole et la scarlatine ; c'est ce que nous retrouvons à un plus haut degré encore dans le scorbut.

L'influence de la défibrination du sang sur la production des hémorrhagies a d'ailleurs été démontrée expérimentalement par M. Magendie. Toutes les substances virulentes, putrides, miasmatiques ou autres, qui, introduites dans le sang, ont pour effet de le rendre moins coagulable, de le liquéfier, sont donc des causes puissantes d'hémorrhagies. Les perturbations profondes du système nerveux peuvent peut-être produire le même effet ; mais il n'y a encore à ce sujet rien de bien établi. L'état opposé, c'est-à-dire un sang riche en globules, tel qu'on le trouve

dans la pléthore, est aussi une cause d'hémorrhagie, mais ayant toujours alors le caractère sthénique. La plupart des hémorrhagies constitutionnelles coïncident probablement avec cet état du sang; mais on commettrait une grave erreur de croire que toutes les hémorrhagies actives tiennent à l'augmentation des globules, car il en est beaucoup où cette altération n'existe pas ou n'est pas probable : telles sont, par exemple, les hémorrhagies qui surviennent par suite de l'impulsion trop vive imprimée à la circulation par un cœur hypertrophié, ou bien encore celles qui résultent de l'exposition à un froid trop intense ou à une chaleur trop vive, ou bien à des variations brusques dans la température et la pression atmosphérique. Ce sont des conditions générales climatériques qui expliquent pourquoi de temps en temps certaines hémorrhagies règnent épidémiquement, comme on le vit en 1699 à Breslaw, ou même endémiquement, comme cela paraît être pour l'hématurie dans notre ancienne colonie de l'île de France. La défibrination et l'état de liquéfaction du sang ne peuvent pourtant rendre compte non plus de toutes les hémorrhagies passives; beaucoup d'entre elles, en effet, tiennent à des causes toutes locales : telles sont, par exemple, celles qui sont produites par un obstacle à la circulation, que cet obstacle réside dans le cœur, dans les artères, et surtout dans les veines; telles sont encore ces hémorrhagies foudroyantes survenant après l'accouchement, lorsque l'utérus, frappé d'atonie, laisse béantes les ouvertures des vaisseaux, etc. Reconnaissons enfin qu'il y a des hémorrhagies du caractère de celles qu'on nomme symptomatiques, produites manifestement par la lésion matérielle d'un solide, sans qu'on puisse déterminer comment celle-ci agit pour provoquer l'hémorrhagie. C'est ainsi qu'il est impossible de démontrer comment quelques tubercules crus dans les poumons, ou un squirrhe très limité de l'estomac ou de l'utérus, agissent pour produire des hémorrhagies très abondantes, et qui deviennent parfois très opiniâtres. Supposer qu'il y a ici rupture d'un vaisseau, c'est émettre une opinion qui est contredite par l'anatomie pathologique. Je ne veux parler que de la première période des lésions organiques; car plus tard, lorsque les produits accidentels se sont ramollis et ulcérés, on trouve quelquefois dans la destruction d'un vaisseau la cause matérielle des hémorrhagies qu'on a observées pendant la vie.

Traitement. — Le traitement des hémorrhagies varie beaucoup suivant leur nature, leur siége et les causes qui les ont provoquées. Si l'hémorrhagie est active et peu abondante, il faudra se borner à prescrire le repos du corps et de l'esprit, le séjour dans une température douce; enfin on éloignera toutes les causes capables de faire affluer le sang vers l'organe par lequel l'hémorrhagie a lieu. Cependant, lorsque l'écoulement se fait par un organe important, lorsqu'il existe en même

temps tous les signes d'un état pléthorique ou d'une forte hypérémie locale, ou bien encore lorsque l'hémorrhagie est très abondante, qu'elle affaiblit les malades, et qu'elle menace de se prolonger longtemps encore, il est alors indiqué de pratiquer une ou plusieurs saignées générales; on soumettra les malades à la diète, on prescrira des boissons tempérantes, fraîches ou glacées. La phlébotomie est généralement préférable aux saignées locales, dont les effets sont plus lents. On a encore conseillé, dans les cas dont je parle, l'emploi de la digitale, dans le but de modérer les battements du cœur, l'usage des purgatifs et des révulsifs cutanés et de quelques diurétiques pour opérer une dérivation dans l'état fluxionnaire, si d'ailleurs il n'existe aucune contre-indication; l'emploi de ces moyens m'a paru généralement utile. Afin de modérer l'afflux du sang qui se porte vers un organe, on a encore conseillé les ligatures aux membres et la compression des artères. Enfin lorsque l'hémorrhagie se prolonge, on aura recours à l'application locale du froid, et si l'état des parties le permet, à la compression et au tamponnement. Dans les hémorrhagies très rebelles et qui s'accompagnent d'une grande débilité, comme dans celles qui sont primitivement passives, on devra en outre recourir à l'emploi des médicaments auxquels on a reconnu des propriétés hémostatiques; tels sont en particulier les astringents, soit qu'on les applique sur l'organe d'où vient l'hémorrhagie, soit qu'on les administre à l'intérieur. On aura principalement recours, dans ces cas, à l'usage de la limonade sulfurique, à la décoction de noix de galle, d'écorce de chêne, de grenade, de cachou, aux préparations de fer, de cuivre, de plomb, à la poudre du sang-dragon, et surtout à l'extrait de ratanhia. Les médecins italiens ont beaucoup préconisé l'ergot de seigle, non seulement dans les métrorrhagies, mais encore dans toutes les autres hémorrhagies; ils l'ont regardé comme un puissant hémostatique, et ont conseillé de l'administrer même dans les cas d'hémorrhagies actives. Mais la pratique ne justifie pas cette opinion. Enfin, lorsque, nonobstant les moyens précédents, les hémorrhagies se prolongent, il est souvent utile d'établir un point d'irritation permanent à l'aide d'un vésicatoire ou d'un cautère qu'on place dans un point plus ou moins éloigné.

Lorsqu'une syncope survient dans le cours d'une hémorrhagie grave, il est souvent utile de la respecter; car l'hémorrhagie cesse fréquemment pendant sa durée, et beaucoup de blessés abandonnés sur les champs de bataille lui ont dû leur salut.

Dans l'intervalle des hémorrhagies passives, on prescrira un régime tonique et l'usage des ferrugineux, qui sont les moyens les plus puissants pour en prévenir le retour. Une hémorrhagie constitutionnelle doit être respectée; cependant, quand elle est trop abondante, il faut la modérer. Si elle a lieu par un organe important, on tâchera de la

déplacer, en produisant périodiquement vers un autre point un mouvement fluxionnaire. Enfin, lorsque l'hémorrhagie est supplémentaire, il y aura presque toujours avantage à rappeler l'ancienne hémorrhagie.

Il est presque inutile de dire que, dans les hémorrhagies, il peut se présenter souvent diverses indications qu'il est utile de remplir. Ainsi, y a-t-il embarras gastrique et intestinal, on administrera les évacuants; car il a souvent suffi de remplir cette indication pour voir cesser des hémorrhagies rebelles; on a supposé alors que celles-ci devaient être symptomatiques du trouble des organes digestifs. De même, si l'hémorrhagie coïncide avec une fièvre intermittente, ou bien si elle se renouvelle d'une manière périodique, et constitue ainsi une forme de la fièvre larvée, on administrera les antipériodiques. Enfin, lorsque l'hémorrhagie a été tellement abondante que les malades n'ont plus dans leurs vaisseaux la quantité de sang nécessaire pour entretenir la vie, lorsque la syncope se prolonge, et que les malades sont sur le point d'expirer, je crois qu'on ne doit pas hésiter à pratiquer la transfusion. En agissant ainsi, on s'expose à faire une opération inutile dans un cas désespéré, et l'on a la chance, bien faible il est vrai, de rappeler quelques individus à la vie. Je crois que les faits favorables à la transfusion, rapportés par quelques médecins anglais, nos contemporains, et spécialement par Blundell et Brown, nous autorisent, et je dirai presque nous ordonnent de ne pas la différer dans les cas où, tous les autres moyens ayant échoué, la mort est devenue imminente.

DE L'ÉPISTAXIS.

Synonymie. — Saignement de nez, hémorrhagie nasale, rhinorrhagie; *stillicidium* ou *stillatio sanguinis à naribus*, etc.

On nomme *épistaxis* l'hémorrhagie qui se fait à la surface de la membrane pituitaire.

Symptômes, marche, durée, terminaisons. — Les épistaxis sont souvent annoncées par des prodromes tels que céphalalgie, pesanteur de tête, rougeur de la face, sentiment de tension, de sécheresse et de prurit dans le nez, parfois malaise général. Après avoir duré quelques heures, et même un, deux ou trois jours, l'hémorrhagie apparaît; elle a rarement lieu par les deux narines à la fois. Le sang sort par gouttes qui se succèdent plus ou moins vite; dans quelques cas même ce liquide s'échappe par jet ou par un petit filet continu. En renversant la tête en arrière, on dit qu'on découvre souvent le point de la pituitaire qui fournit l'hémorrhagie, mais la chose me paraît à peu près impossible, et on le devine facilement. Le sang est, en général, rouge et très concrescible : si le malade est assis, le liquide s'écoule par les narines antérieures; s'il est couché, il flue par les narines postérieures, sur la paroi correspondante

du pharynx; puis une partie est rejetée par expuition, tandis que l'autre est avalée et portée dans l'estomac. Lorsque l'hémorrhagie est très abondante, le sang peut s'écouler à la fois par les narines antérieure et postérieure. La durée de l'hémorrhagie varie depuis quelques minutes jusqu'à vingt-quatre heures, et la quantité de sang perdue, qui n'est le plus souvent que de 30 à 60 grammes, a pu s'élever en trente-six heures à 9 kilogrammes (Rhodius). En général, l'hémorrhagie cesse peu à peu; à mesure que l'écoulement se ralentit, le sang se concrète dans la narine; le caillot, comprimant alors souvent la portion de muqueuse qui fournit l'hémorrhagie, devient ainsi un moyen hémostatique : aussi suffit-il souvent de détacher ou de déplacer le caillot par le toucher, ou bien lorsque les malades se mouchent ou éternuent, pour reproduire l'hémorrhagie, qui récidive, d'ailleurs, spontanément avec la plus grande facilité. Les retours de l'épistaxis ont lieu très irrégulièrement; parfois ils sont périodiques, et peuvent constituer de véritables accès de fièvre larvée (Bottex, Monneret et Fleury). En général, l'épistaxis a pour effet immédiat la cessation de la pesanteur de tête et de tous les troubles qui existaient pendant les prodromes. Lorsqu'elles sont copieuses ou trop fréquentes, elles peuvent produire, comme toutes les hémorrhagies, un état anémique; mais cela a rarement lieu.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'épistaxis ne présente quelque difficulté que dans les cas où le sang exhalé en petite quantité s'échappe par les narines postérieures; car, rejeté ensuite par expuition, il pourrait faire croire à une hémoptysie; ou bien, porté dans l'estomac et expulsé plus tard par les vomissements ou par les selles, il pourrait donner lieu à supposer qu'il a été fourni par quelques points des organes digestifs : c'est ce que je discuterai plus tard.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que lorsque l'épistaxis est très abondante, ou qu'elle survient chez des sujets déjà très débilités. Cette hémorrhagie est souvent critique; elle est parfois supplémentaire, et dans l'un et l'autre cas il convient de la respecter, si elle n'est pas trop forte.

Étiologie. — Les épistaxis affectent surtout les enfants, à dater de leur dixième année, ainsi que les adolescents. Les sujets du sexe masculin y sont certainement plus prédisposés; la pléthore, un tempérament sanguin ou sanguin-lymphatique, les variations atmosphériques, les températures extrêmes, mais surtout la chaleur, une disposition héréditaire, y prédisposent; elles succèdent souvent à une contusion du nez, à une irritation de la pituitaire par un corps étranger. Les efforts, les éternuments violents, les quintes de coqueluche, ont le même résultat. Les épistaxis peuvent encore être symptomatiques de diverses altérations des fosses nasales, telles que les ulcérations, les polypes; on a dit aussi, mais sans le prouver, qu'elles étaient communes dans les maladies encéphaliques et les engorgements des organes viscéraux. On

les observe fréquemment au début des fièvres éruptives et dans la première période des fièvres typhoïdes; enfin elles affectent souvent les sujets épuisés, cachectiques; elles sont alors symptomatiques d'une altération du sang.

Traitement. — La plupart des épistaxis s'arrêtent par le repos. Si elles sont assez graves pour exiger un traitement, on se conformera aux préceptes que j'ai précédemment tracés : je ne dois indiquer ici que ce qui est spécial à cette hémorrhagie. Lorsqu'on reconnaît la nécessité d'arrêter promptement l'épistaxis, il suffira parfois, si le sang provient d'un point voisin de la narine antérieure, d'introduire le doigt ou un bourdonnet de charpie pour suspendre aussitôt l'hémorrhagie. On applique des linges froids autour de la tête; mais il est plus utile encore de mettre les corps froids sur des parties où leur contact produit un ébranlement de tout l'organisme, ce qui a souvent pour effet la suspension immédiate de l'hémorrhagie. C'est ainsi qu'agissent les applications froides faites dans le dos, sur les bourses (Fernel), les lavements froids (Sydenham). En général, il sera utile de surprendre les malades et de leur appliquer le froid au moment même où ils s'y attendent le moins. Si ces moyens sont inutiles, on injectera un liquide styptique dans les fosses nasales, ou bien on portera dans ces cavités des tentes, des bourdonnets imbibés des mêmes liquides : ceux-ci consisteront en une solution de sulfate de cuivre, de zinc, d'acétate de plomb, ou bien ce sera une décoction de tannin ou de noix de galle; enfin, lorsque tous ces remèdes échouent, on a recours au double tamponnement des fosses nasales. Cependant, avant de faire tout ce que je viens d'indiquer, il est convenable d'essayer du moyen fort simple proposé par le docteur Négrier, et qui consiste à élever brusquement le bras correspondant à la narine d'où le sang s'écoule. Cette manœuvre aurait constamment suffi à l'habile médecin d'Angers pour arrêter toutes les hémorrhagies nasales qu'il a observées depuis plusieurs années.

Il est des épistaxis chroniques qui se renouvellent à de courts intervalles et qui semblent ne récidiver si souvent que par une sorte d'habitude morbide de la pituitaire, dont les capillaires ont pris parfois un développement presque variqueux. Il faut dans ces cas essayer de modifier la surface de cette membrane en faisant priser au malade une poudre astringente telle que de l'alun mêlé à portion égale de magnésie, ou bien la poudre de bistorte; on a encore conseillé souvent avec avantage dans ces cas l'usage du tabac.

DE L'HÉMOPTYSIE.

SYNONYMIE. — Crachement de sang, pneumonorrhagie, broncho-hémorrhagie : *sanguinis spulum* (de αἷμα, *sang*, et πτύω, *cracher*).

Le mot *hémoptysie* sert à désigner les hémorrhagies de la membrane muqueuse des voies aériennes depuis le larynx jusque dans les dernières ramifications des bronches.

L'hémoptysie est une des hémorrhagies qu'on a le plus fréquemment occasion d'observer. On peut établir pour cette maladie toutes les divisions que nous avons admises précédemment dans les hémorrhagies en général. Cependant il nous importe de dire tout d'abord la rareté extrême des hémoptysies essentielles, rareté telle que quelques auteurs en ont même contesté l'existence. Cette opinion est sans contredit trop exclusive ; néanmoins il est incontestable que dans la presque totalité des cas, les hémoptysies, celles du moins qui offrent une certaine abondance, sont symptomatiques d'une maladie organique du poumon ou d'un organe voisin tel que l'aorte ou le cœur.

Anatomie pathologique. — D'après ce que je viens de dire, il est évident qu'à l'autopsie des sujets morts pendant la durée d'une hémoptysie, on trouvera une ou plusieurs des diverses lésions organiques dont l'hémorrhagie est le symptôme ordinaire. Dans quelques cas on reconnaît que l'hémoptysie a succédé à l'ouverture d'un vaisseau plus ou moins volumineux tel que l'aorte anévrismatique, et plus souvent encore d'un vaisseau du poumon lui-même, lorsque, situé autour de tubercules ou d'une gangrène, il est envahi par la maladie sans s'être préalablement oblitéré. Pour découvrir la perforation dans ce cas, il est souvent nécessaire de pousser une injection et d'examiner le poumon sous l'eau ; mais ces faits sont excessivement rares, car les vaisseaux qui avoisinent les tubercules, les cavernes ou les points gangréneux, s'oblitèrent presque toujours par suite d'une inflammation adhésive : aussi on peut établir que dans toutes les hémoptysies essentielles et dans la presque totalité de celles qui sont symptomatiques, le sang est simplement exhalé par la membrane muqueuse. On trouve parfois celle-ci partiellement injectée ou ecchymosée; d'autres fois, au contraire, elle est pâle et décolorée. L'inspection cadavérique prouve en outre que dans la plupart des cas l'exhalation sanguine n'a lieu que dans un seul poumon.

Symptômes. — La plupart des hémoptysies sont précédées d'un état de malaise général, avec sentiment d'oppression, de chaleur dans la poitrine. Il y a de la dyspnée, une toux sèche, des palpitations, une saveur salée ou un goût de sang, des horripilations, et un refroidissement sensible des pieds et des mains. Ces accidents peuvent précéder l'hémor-

rhagie de quelques heures ou de plusieurs jours. Cependant il n'est pas très rare de voir la maladie débuter brusquement et sans être annoncée par aucun trouble. Dans ces cas, les individus, obéissant au besoin de tousser, rejettent avec étonnement et souvent avec effroi, une plus ou moins grande quantité de sang. Le plus souvent c'est à cause de la toux qu'il provoque que le sang exhalé dans les bronches en est expulsé suivant le même mécanisme que les mucosités. Mais si le liquide est tout-à-coup exhalé en plus grande abondance, il s'oppose au passage de l'air, produit la plus grande anxiété : aussi voit-on alors par une sorte d'instinct de conservation les muscles expirateurs se contracter avec force, et, comprimant le poumon de toutes parts, forcer le sang à s'échapper au-dehors, par flot, et simultanément par la bouche et les narines. Dans quelques uns de ces cas, le chatouillement que le sang provoque en traversant le pharynx excite des efforts de vomissement ; quelquefois même le vomissement a lieu, et les matières contenues dans l'estomac sortent mêlées au sang. Enfin, lorsque le liquide est exhalé très lentement, et qu'il est en quantité peu considérable, il arrive peu à peu dans le pharynx sans exciter la toux, et il est ensuite rejeté par un simple mouvement d'expuition. Le sang provenant ainsi de la poitrine est presque toujours d'un rouge vermeil, écumeux, à cause de son mélange intime avec l'air. Cependant, lorsqu'il séjourne pendant plusieurs heures dans les bronches avant d'être rendu, il prend souvent une couleur d'un noir foncé. La quantité de sang rejetée par les malades varie beaucoup : elle est communément de 96 à 125 grammes ; toutefois il en est qui ne rendent que deux ou trois crachats de sang, tantôt pur, tantôt mêlé à du mucus ; d'autres, au contraire, perdent jusqu'à plusieurs kilogrammes de sang en quelques heures. Ainsi Laënnec a vu un jeune homme en rejeter 5 kilogrammes dans l'espace de quarante-huit heures, et J. Frank a cité des cas où la perte de sang fut de 6 et même de 14 kilogrammes en trois heures seulement. Mais ces cas, presque toujours mortels, sont heureusement très rares.

Chez les sujets atteints d'hémoptysie simple, la poitrine reste aussi sonore que de coutume ; mais l'auscultation révèle parfois moins de pureté et d'ampleur dans le bruit respiratoire ; plus souvent encore on distingue dans les deux temps de la respiration un râle muqueux à bulles très humides et très grosses, ayant son maximum d'abondance à la racine des bronches, mais pouvant exister sur une très grande surface. L'hémoptysie, lorsqu'elle est grave, s'accompagne en outre des symptômes généraux qu'on remarque dans toutes les hémorrhagies un peu abondantes. Cependant on rencontre assez souvent des individus qui, n'ayant rejeté que deux ou trois crachats sanglants, sont pris néanmoins de frissons, de pâleur, de refroidissement, d'un grand accablement, et même de perte de connaissance. Mais ces accidents ne sont

guère que l'effet de la frayeur que la vue du sang inspire à beaucoup de malades, surtout quand ce liquide paraît provenir de la poitrine.

Marche, durée, terminaisons. — L'hémoptysie a une marche extrêmement variable : ainsi on voit des individus éprouver tout-à-coup une hémoptysie très abondante, et qui cesse définitivement peu d'heures après. Chez d'autres, l'hémorrhagie se reproduit à quelques jours d'intervalle, et peut ainsi se prolonger avec ces mêmes intermittences pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Enfin, dans la plupart des cas, le crachement de sang, après avoir été plus ou moins abondant pendant quelques heures seulement, diminue ensuite spontanément; le sang rejeté finit par être tout-à-fait noirâtre, et au bout de deux ou trois jours, les malades ne rendent plus que quelques crachats entièrement muqueux. Toutefois, malgré la cessation de l'hémorrhagie, on voit souvent la dyspnée, la toux, la chaleur de poitrine persister encore pendant longtemps.

L'hémorrhagie pulmonaire peut tuer en quelques instants; et cette terminaison, qui d'ailleurs est fort rare, a lieu bien moins par suite de la perte du sang que parce que ce liquide, se trouvant en grande quantité dans les bronches, les obstrue, s'oppose à l'entrée de l'air, et produit ainsi la mort par asphyxie. Il est rare qu'une hémoptysie ne récidive pas après un temps plus ou moins long, le plus souvent irrégulier, à moins qu'elle ne soit supplémentaire du flux menstruel. Dans ces cas, elle revient assez périodiquement. Beaucoup d'individus se rétablissent complétement; un grand nombre gardent une santé chancelante, surtout quand l'hémoptysie se reproduit de temps en temps; enfin presque tous finissent tôt ou tard par mourir phthisiques.

Formes. — L'hémoptysie peut être *active* ou *passive.* On a décrit aussi des hémoptysies *constitutionnelles;* mais la plupart des faits de ce genre me semblent devoir être considérés comme des exemples de phthisies lentes ou de phthisies guéries. Les exemples d'hémoptysies succédanées sont, au contraire, bien avérés. Les deux faits les plus remarquables sont ceux rapportés par Brieude, dans l'*Encyclopédie méthodique*, et par Pinel. Le premier parle d'une femme âgée de soixante ans, qui n'avait eu qu'une seule fois ses règles par les voies ordinaires; une hémoptysie les avait constamment remplacées. Pinel a également vu à la Salpêtrière une femme chez laquelle les règles, s'étant brusquement supprimées, furent remplacées pendant quarante-deux ans par une hémoptysie très abondante, précédée elle-même de tous les prodromes de l'éruption menstruelle. L'hémoptysie a paru aussi, dans quelques cas très rares, être une forme de fièvre larvée, et a cédé aux antipériodiques; d'autres fois elle était manifestement sous l'influence d'un état bilieux. Ainsi, Stoll, pendant les constitutions de 1777 et 1778, et Finke, dans l'épidémie du Mecklembourg, ont vu des hémoptysies qui se compliquaient

de l'appareil symptomatique de l'embarras gastrique, et il leur a suffi alors d'administrer les évacuants pour triompher à la fois et de l'hémorrhagie et des troubles digestifs.

Diagnostic. — Dans le diagnostic de l'hémoptysie, il s'agit de déterminer : 1° si le sang rejeté est réellement fourni par les voies aériennes ; 2° quel est le point de la muqueuse respiratoire où il a été exhalé ; 3° enfin, si l'hémorrhagie est essentielle ou symptomatique.

Le sang rendu par la bouche peut provenir de cette cavité même, ou bien de l'estomac, de la poitrine ou des fosses nasales. Nous dirons bientôt les signes à l'aide desquels on pourra distinguer l'une de l'autre l'hémoptysie et l'hématémèse. La simple inspection des parties fera reconnaître facilement lorsque le sang est fourni par les gencives ; ce liquide d'ailleurs est alors noirâtre, et si parfois il est rouge, il n'a pas du moins la couleur vermeille, et n'est pas spumeux comme le sang qui est exhalé par les poumons. Enfin, dans les épistaxis peu abondantes, lorsque le sang ne s'échappe que par les narines postérieures, et lorsque, arrivé dans le pharynx, il est ensuite rejeté par expuition, on pourrait croire souvent à l'existence d'une hémoptysie. Mais, dans le cas que je suppose ici, le sang est noirâtre, non aéré ; il n'existe du côté du thorax aucun des signes propres aux hémoptysies, et l'inspection de la gorge fait reconnaître sur le pharynx quelques caillots noirâtres. Enfin, dans la plupart des cas, l'examen des narines antérieures permet de constater dans ces parties des taches de sang, ou bien les malades, en se mouchant, rendent des caillots semblables à ceux qu'ils rejettent par expuition. Toutes ces circonstances réunies fixeront suffisamment le diagnostic. Quant à déterminer quel est le point de la muqueuse aérienne qui a exhalé le sang, la chose me semble à peu près impossible à préciser : aussi la distinction qu'on a faite des hémoptysies en *laryngée*, *trachéale* et *bronchique*, ne me paraît nullement fondée d'après l'observation. Un des points les plus importants du diagnostic est d'établir si l'hémoptysie est idiopathique ou symptomatique ; on y parviendra par une exploration attentive des organes thoraciques et par l'état général du sujet. Lorsque l'hémoptysie résulte de la rupture d'un anévrisme, le diagnostic devient à peu près inutile, parce que la mort est presque instantanée. Si l'hémorrhagie se lie à la présence des tubercules, ceux-ci seront tantôt ramollis, et, dans ce cas, le diagnostic ne peut présenter aucune difficulté, ou bien ils sont simplement à l'état miliaire, et alors on ne peut avoir que des présomptions ; c'est aux commémoratifs, et surtout aux phénomènes ultérieurs, à fixer définitivement l'opinion du médecin.

Pronostic. — L'hémoptysie est une maladie toujours grave, moins par elle-même que parce qu'elle est le plus souvent le symptôme d'affections organiques incurables. Une hémoptysie succédanée, celle qui

survient sous l'influence d'une violence extérieure; celle qui, beaucoup plus rare, forme la crise d'une maladie grave, n'offre généralement aucun danger. Mais ces faits sont exceptionnels, et nous croyons que l'existence d'une hémoptysie doit toujours exciter au plus haut degré la sollicitude du médecin; car presque tous les sujets qui ont eu cet accident meurent tôt ou tard phthisiques: non, comme on l'a cru pendant long-temps, que l'hémoptysie soit la cause des tubercules, mais bien parce que l'hémorrhagie ne survient qu'en raison de la présence de ces produits morbides. Lorsque l'hémoptysie se renouvelle fréquemment, et qu'elle paraît être constitutionnelle, il ne faudrait pas être complétement rassuré sur la cause qui la produit; car on voit souvent ces individus engendrer des enfants qui tous deviennent phthisiques, et eux-mêmes, mourant à un âge avancé d'une maladie étrangère aux poumons, présentent néanmoins presque toujours dans ces organes des tubercules crétacés. C'est un fait que j'ai déjà constaté plusieurs fois.

Etiologie. — On ne possède aucun exemple d'hémoptysie chez les très jeunes enfants; cela dépend peut-être de ce qu'ils n'expectorent pas, et qu'ils avalent leurs crachats. Cette hémorrhagie est surtout commune de quinze à trente-cinq ans. Elle affecte aussi les femmes un peu plus que les hommes. Le tempérament sanguin, une constitution faible, irritable, une disposition héréditaire, y prédisposent. Toutes les professions qui forcent ceux qui les exercent à tenir la poitrine inclinée sur le ventre, et à exercer une compression qui gêne la circulation, tels que les tailleurs, les cordonniers, les rémouleurs, ont été regardées, et cela sans preuve suffisante, comme des circonstances prédisposantes de l'hémoptysie. Parmi les causes occasionnelles, nous citerons, comme étant les plus fréquentes, les efforts violents, la fatigue des organes de la respiration, comme dans l'action de crier, de chanter ou de jouer des instruments à vent, les contusions du thorax et les plaies pénétrantes, l'inspiration de vapeurs irritantes, une diminution considérable et subite dans la pression atmosphérique. Enfin j'ai cité plus loin les maladies du cœur et des gros vaisseaux, et surtout des tubercules pulmonaires qui sont les causes de presque toutes les hémoptysies qu'on observe. Des auteurs, comme Stoll, Zimmermann, ont aussi prétendu que l'hémorrhagie pulmonaire pouvait être symptomatique de diverses lésions abdominales, ou de la présence d'entozoaires dans le tube digestif; mais les faits rapportés par ces auteurs ne sont point concluants, et personne après eux n'en a rapporté aucun qui puisse justifier leur opinion.

Traitement. — Lorsqu'on est appelé près d'un individu qui crache du sang, il faut d'abord calmer son moral, le rassurer sur l'issue de sa maladie. On lui fait prendre une position demi-assise, on lui enlève tous les vêtements qui pourraient comprimer le thorax; on l'engage à rester immobile, à observer le silence le plus absolu et à résister le plus pos-

sible au besoin de tousser. Pour peu que l'hémorrhagie soit forte, il convient d'ouvrir la veine une ou même plusieurs fois. Il est encore indiqué de tirer du sang, alors même que la face est décolorée, que les extrémités sont froides, que le pouls est petit, lorsque d'ailleurs le sujet est vigoureux ou que la quantité de sang perdue n'a pas encore été excessive. Si le malade était débile, on remplacerait la phlébotomie par quelques sangsues appliquées à l'anus. Dans tous les cas, il faut promener des cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs; des ventouses sèches sur ces mêmes parties, sur l'abdomen et même à la base du thorax; on pourra aussi entourer les membres de ligatures. A ces moyens, on joindra l'usage de boissons fraîches. Lorsque, malgré tout cela, l'hémoptysie se prolonge, on doit appliquer de la glace sur la poitrine; on donnera à l'intérieur des boissons acidules glacées; on pourra même, d'après le conseil de Mertens, mettre un large vésicatoire entre les épaules; enfin on aura recours aux astringents, et surtout à l'extrait de ratanhia, à la dose de 4, 8 ou 12 grammes, en poudre, en pilules, ou mieux encore suspendu dans une potion gommeuse. Ce remède me semble bien préférable à l'alun, à la gomme kino, à l'acétate de plomb, au sulfate de fer, à l'extrait de monésia (1 gramme par jour) et même au tannin, qu'un habile médecin, M. Am. Latour, a récemment préconisé contre l'hémoptysie (tannin 10 centigrammes, gomme arabique 40 centigrammes pour 4 pilules à prendre de trois en trois heures). On a aussi vanté le nitrate de potasse et la digitale, soit comme diurétique, soit comme sédatif, sans que l'efficacité de ces agents ait été suffisamment constatée. J'ai, d'après Sydenham, souvent donné des purgatifs; mais ces moyens ne m'ont paru être ni utiles ni nuisibles. Enfin les préparations d'opium, sans effet contre l'hémorrhagie, seront néanmoins administrées avec avantage pour modérer ou empêcher les quintes de toux. Tout ce que je viens de dire s'applique aussi bien aux hémoptysies idiopathiques qu'à celles qui sont symptomatiques. Pour les premières, il est quelques circonstances qui doivent modifier le traitement : tel est le cas où l'hémoptysie étant succédanée des règles, il faut provoquer une fluxion vers l'utérus; ou bien celui où l'hémorrhagie, s'accompagnant de symptômes bilieux, il faut, d'après le conseil de Stoll et de Finke, se hâter de donner un vomitif.

DE LA STOMATORRHAGIE.

La stomatorrhagie est l'hémorrhagie qui a sa source dans un point de la bouche ou de l'arrière-bouche. Cette maladie est très rarement primitive, essentielle; quand elle a ce caractère, on ne l'observe guère qu'à titre d'hémorrhagie supplémentaire chez des femmes au moment de leurs règles ou après la suppression du flux menstruel. Mais presque

toujours la stomatorrhagie est une affection symptomatique d'une défibrination du sang, de l'état fongueux des gencives, de la blessure de la muqueuse buccale, de l'évulsion d'une dent ou d'un carcinome de la langue. La stomatorrhagie, excepté celle qui provient de ces deux dernières causes, et qui, par son abondance, a plusieurs fois compromis la vie des malades, est une affection bénigne et qui ne produit qu'un faible écoulement de sang. Celui-ci tombe souvent dans le pharynx et l'estomac lorsqu'il est exhalé lentement dans l'arrière-bouche et quand le malade garde habituellement le décubitus dorsal. Rendu dans ces cas par le vomissement et dans les selles, ou bien par les secousses de toux qu'il excite, il pourrait faire croire à une hémoptysie ou à une hématémèse; mais l'inspection de la bouche, préalablement nettoyée par des gargarismes, permettra toujours de découvrir le siége de l'hémorrhagie, et le plus souvent la cause organique qui la produit. Dans tous les cas, on peut s'assurer aisément que le sang provient de l'intérieur de la bouche lorsque, par l'inclinaison de la tête en avant, la toux et le vomissement cessent quoique le flux sanguin continue (P. Frank). Le sang de la stomatorrhagie est rendu par expulsion; il est généralement rouge, non écumeux; il est pur, ou du moins il n'est pas mêlé intimement ni à de la salive ni à du mucus. On opposera à cette hémorrhagie les collutoires froids et astringents; dans quelques cas d'hémorrhagie survenant par érosion d'un vaisseau, la cautérisation par le fer rouge peut être indiquée. Si le sang, provenant d'une alvéole, ne cessait de fluer malgré l'emploi des styptiques, on devrait exercer une compression directe avec le doigt, ou mieux encore en introduisant dans la cavité alvéolaire une boulette de papier mâché enduite d'alun ou de colophane, etc.

DE LA GASTRORRHAGIE ET DE L'HÉMATÉMÈSE.

Synonymie.—Vomissement de sang, gastro-hémorrhagie; *vomitus cruentus*, *mælena*, etc.

Le mot *hématémèse*, qui, pris dans un sens rigoureux, signifie vomissement de sang, sert à désigner, dans le langage de la plupart des pathologistes, l'hémorrhagie qui se fait à la surface interne de l'estomac, maladie à laquelle pourtant le mot de *gastrorrhagie* convient beaucoup mieux.

Anatomie pathologique. — L'estomac contient une quantité de sang plus ou moins considérable; j'ai vu ce viscère énormément distendu par un seul caillot noir. Mais le plus souvent on ne trouve que des grumeaux noirâtres, ou bien c'est un sang noir, dissous, mêlé à du mucus et à des aliments; il en existe aussi plus ou moins dans le reste du tube digestif. La membrane muqueuse est généralement intacte, ou elle offre l'aspect, la coloration, l'injection que nous avons précédemment observés chez les sujets emportés dans le cours d'une hémoptysie. La gastrorrhagie étant

presque toujours symptomatique, on trouve communément à l'ouverture des cadavres diverses lésions organiques telles que des anévrismes de l'aorte, du tronc cœliaque, etc., qui se sont rompus dans l'estomac; d'autres fois ce sont des ulcérations qui intéressent à la fois la muqueuse et le tronc ou une des principales ramifications des artères coronaires stomachiques. Le plus souvent l'estomac est le siége d'une tumeur squirrheuse ou d'un cancer ulcéré; d'autres fois ce sont des lésions organiques semblables qui siègent dans le foie, la rate et les poumons, comme Bang, Morgagni, J.-P. Frank en rapportent des exemples, et comme nous-même en avons observé plusieurs.

Symptômes, marche, terminaisons. — Chez la plupart des malades la gastrorrhagie est précédée par un état de malaise et par un dérangement dans les fonctions de l'estomac. De la chaleur ou une douleur à l'épigastre avec sensation de brûlure, des tiraillements lombaires, de l'étouffement, un refroidissement du corps, la pâleur de la face, et des lipothymies annoncent que l'hémorrhagie s'effectue. Bientôt des envies de vomir se font sentir, et le sang est rejeté par la bouche au milieu d'une anxiété et d'un malaise inexprimables; on dit alors qu'il y a *hématémèse*. Souvent, après ce vomissement, les malades se sentent soulagés; cependant ils conservent encore de la pesanteur épigastrique, une soif vive, une saveur désagréable; le pouls est fréquent, et les malades sont d'une faiblesse extrême et nullement proportionnée à la quantité de sang qu'ils ont perdue. Ce liquide n'a pas toujours le même aspect. Lorsqu'il est rejeté peu après avoir été exhalé, il est d'un rouge plus ou moins artériel, tantôt fluide, tantôt réuni en caillots volumineux. Si, au contraire, il a séjourné pendant quelque temps dans l'estomac, il est d'un noir plus ou moins foncé; dans ce dernier cas, il exhale souvent une odeur aigrelette. Il est rare que les malades rejettent moins de 312 à 375 grammes de sang; assez souvent sa quantité s'élève à plus d'un kilogramme et demi; il est alors rendu par flots, tandis que, lorsqu'il est moins abondant, il n'arrive dans la bouche que par régurgitation. Dans l'un et l'autre cas, il est vomi pur ou plus ou moins mélangé avec du mucus, des boissons et divers aliments. Lorsque l'hémorrhagie est très considérable, indépendamment des symptômes généraux qui accompagnent toute perte de sang un peu forte, on observe, surtout avant que l'hématémèse ait lieu, une tension considérable de l'épigastre, souvent avec matité. On a prétendu également que quelquefois la rate et le foie étaient augmentés de volume, et que cette tuméfaction cessait après le vomissement; mais nous n'avons pu encore vérifier la justesse de cette assertion. Il est rare qu'il n'y ait qu'un seul vomissement; dans la plupart des cas, l'hémorrhagie, après avoir paru s'arrêter pendant plusieurs heures, recommence, et de nouveaux vomissements s'effectuent. Ces alternatives peuvent avoir lieu pendant plusieurs jours; la maladie diminue alors peu à peu, laissant

après elle une faiblesse extrême. Cependant tout le sang exhalé dans l'estomac n'est pas vomi, mais une portion de ce liquide franchit le pylore : aussi, lorsqu'on examine les selles des malades six, douze, vingt-quatre, trente-six ou au plus tard quarante-huit heures après le début de la gastrorrhagie, on trouve qu'elles sont formées en grande partie par une matière pultacée noirâtre que l'on reconnaît facilement pour être du sang altéré. Les selles noires, qui sont rendues tantot sans souffrance, tantôt après avoir excité des coliques et un peu de ballonnement du ventre, sont un symptôme que je crois presque constant ; il manque, en effet, bien plus rarement que le vomissement lui-même. Dans les cas de gastrorrhagie sans hématémèse, on observe comme précédemment les mêmes douleurs, la même chaleur à l'épigastre, de la soif, des frissons et des lipothymies, phénomènes qui devront faire soupçonner la nature de l'affection, surtout si le malade a déjà eu antérieurement des hématémèses ; mais on n'acquiert de certitude à cet égard que le lendemain, lorsque du sang est trouvé dans les selles.

L'hémorrhagie de l'estomac peut tuer rapidement après un ou plusieurs vomissements. Quelquefois la mort arrive inopinément, et sans qu'on puisse en soupçonner la cause; mais, à l'autopsie, on trouve pour l'expliquer que l'organe est énormément distendu par un caillot sanguin. J'ai observé un fait de ce genre ; P. Frank en a également rapporté un exemple, et on en trouve un troisième dans les *Bulletins de la Société anatomique* (année 1833).

Dans la plupart des cas, pourtant, les malades se rétablissent ; mais leur convalescence est longue ; car l'hématémèse est, comme je l'ai déjà dit, de toutes les hémorrhagies celle qui brise le plus les forces. Ajoutez en outre que le trouble des organes digestifs, qui leur succède fréquemment, tend à prolonger la faiblesse en empêchant l'alimentation. Je suppose ici que l'hémorrhagie est idiopathique ; mais lorsqu'elle est symptomatique, le rétablissement des malades n'a pas lieu quand l'affection qui a produit l'hémorrhagie est incurable. Dans ce cas, on voit souvent celle-ci se renouveler de temps en temps; elle suit alors une marche chronique. C'est à cette forme qu'il faut rapporter ce que les anciens appelaient *morbus niger* ou *melæna*, accident que je ferai connaître plus complétement quand je traiterai du cancer de l'estomac.

Diagnostic. — La gastrorrhagie dans laquelle le sang n'est pas vomi pourrait être facilement méconnue ; cependant, dans la plupart des cas, à mesure que l'exhalation sanguine s'effectue, on observe la pâleur de la face, les refroidissements, le malaise, et les lipothymies, qui indiquent qu'une hémorrhagie se produit quelque part. Si, en interrogeant alors les malades, on apprend que ces accidents coïncident avec de la chaleur, de la douleur, de la pesanteur à l'épigastre, il sera rationnel de *soupçonner* que c'est dans l'estomac que l'hémorrhagie s'est faite. L'inspec-

tion des selles mélaniques peut seule, à défaut des vomissements, faire établir le diagnostic d'une manière précise.

L'hématémèse peut être confondue avec une hémoptysie. J'ai dit, en effet, précédemment, en parlant de cette dernière, que le sang, en arrivant dans le pharynx, excitait parfois des efforts de vomissement, de manière à faire croire que le sang provenait de l'estomac lui-même. Ce qui souvent vient encore augmenter l'incertitude, c'est qu'une certaine quantité de sang ayant été avalée, est ensuite rendue noire et altérée, soit par les vomissements, soit par les selles, comme dans une véritable gastrorrhagie. Dans ces cas, on fixera le diagnostic d'après l'étude et la comparaison des symptômes de l'hémoptysie et de l'hématémèse : ainsi, dans la première, les malades accusent de la chaleur dans la poitrine, des douleurs dans le dos, de la dyspnée, et dans la plupart des cas, le sang n'est rejeté qu'après des efforts de toux, tandis que dans l'hématémèse c'est à l'épigastre que les malades rapportent leur malaise et leur douleur; enfin il n'y a pas de toux. L'aspect du sang diffère aussi dans les deux maladies : dans l'hémoptysie, il est rouge, vermeil, rutilant, fluide; dans l'hématémèse, il est moins rouge, souvent d'un noir foncé, et en grande partie coagulé; enfin la quantité de sang rejetée est plus considérable dans l'hématémèse que dans l'hémoptysie, et dans celle-ci l'auscultation fournit souvent des phénomènes qui manquent dans l'autre. Du sang exhalé par les muqueuses buccale et pituitaire pourrait être porté dans l'estomac pendant le sommeil et à l'insu des malades, puis être rejeté par les vomissements et par les selles, et faire croire qu'il a été exhalé dans l'estomac; mais, dans ces cas, le peu d'abondance du sang, l'âge du sujet, l'examen de la bouche, du pharynx et des fosses nasales, la présence sur ces parties de quelques caillots, sont tout autant de circonstances qui, avec l'absence des signes locaux propres aux hématémèses, permettront de porter un jugement. Un point capital dans le diagnostic est de déterminer si l'hématémèse est *essentielle* ou *symptomatique*. On soupçonne que l'hémorrhagie est essentielle lorsqu'elle se déclare brusquement au milieu d'une santé parfaite, lorsque surtout elle est succédanée de quelque hémorrhagie constitutionnelle, et lorsqu'enfin on voit les malades se rétablir complétement et d'une manière durable. Mais une hématémèse qui a été précédée depuis un temps plus ou moins long par de l'anorexie, par des digestions difficiles, et surtout par de l'amaigrissement, devra inspirer des inquiétudes, et faire craindre une lésion organique de l'estomac, surtout si l'individu est arrivé à cette période de la vie où ces maladies se déclarent. Quant à déterminer la nature et le siége de la lésion dont l'hématémèse est un symptôme, c'est par un examen attentif de tous les organes abdominaux et par la nature des troubles fonctionnels qu'on y parviendra.

Pour compléter le diagnostic différentiel, je devrais parler de l'hématémèse simulée, c'est-à-dire de ces fripons qui avalant du sang de quelque animal ou du sang humain, le rejettent ensuite en provoquant artificiellement le vomissement ; mais un médecin attentif découvrira aisément la supercherie, par l'absence des symptômes propres aux hématémèses, et par un interrogatoire habilement dirigé.

Pronostic. — M. Chomel a dit avec juste raison qu'il y avait bien peu de cas où une gastrorrhagie ne fût pas une maladie grave, et qu'il en était bien moins encore où elle pût être regardée comme salutaire. Les cas les moins fâcheux sont ceux où la maladie est idiopathique et supplémentaire. Cependant, même alors, elle récidive souvent, affaiblit beaucoup les sujets, produit un grand trouble dans les fonctions digestives, et doit, à cause de cela, être regardée comme fâcheuse. Enfin la gravité du pronostic sera proportionnée à la quantité de sang exhalée et au plus ou moins d'incurabilité de l'affection de laquelle l'hématémèse est symptomatique.

Etiologie. — Les causes de la gastrorrhagie idiopathique sont très obscures ; ce sont d'ailleurs toutes celles qui président au développement de la pléthore et des hémorrhagies actives en général. Dans la plupart des cas, cette espèce de gastrorrhagie est supplémentaire, et se remarque par conséquent chez la femme et dans l'âge moyen de la vie. Une induration squirrheuse ou une dégénérescence cancéreuse sont la cause la plus ordinaire des gastrorrhagies symptomatiques. Viennent ensuite les tumeurs qui siègent dans la rate, le foie et le pancréas, et qui sont une cause efficace d'hémorrhagie, probablement par suite de la gêne qu'elles apportent dans la circulation abdominale. Après ces lésions, je classe les maladies des vaisseaux extérieurs ou propres à l'estomac, soit que, frappés d'anévrisme, ils viennent à se rompre dans ce viscère, soit qu'ils se perforent par un travail ulcératif, qui commence par la muqueuse. La gastrorrhagie est aussi un accident de l'empoisonnement par les corrosifs, soit immédiatement après l'ingestion du poison, et par suite de la vive inflammation qui en résulte, soit plus tard lorsque les escarres formées se détachent. Enfin l'hémorrhagie de l'estomac peut être symptomatique d'une maladie générale ; telle est celle qui arrive si constamment dans le cours de la fièvre jaune et dans quelques cas de scorbut et de purpura. Quelle que soit sa cause, la maladie se déclare le plus souvent spontanément ; d'autres fois elle survient à l'occasion d'un coup, d'une émotion morale, d'une indigestion, d'un excès alcoolique, d'un refroidissement, etc.

Traitement. — Les règles du traitement que j'ai précédemment exposées pour les hémorrhagies actives, passives et supplémentaires, s'appliquent, pour la plupart, à la gastrorrhagie ; toutefois, il y a quelques indications qui sont spéciales à cette dernière : ce sont les seules sur les-

quelles j'insisterai. L'hémorrhagie s'étant faite et le malade vomissant, il faut tâcher de modérer et de suspendre l'exhalation sanguine. Dans ce but, le malade sera saigné si l'état du pouls le permet; mais, dans tous les cas, on mettra des révulsifs en permanence sur les membres, et on les entourera de ligatures. On administrera des boissons acidulées, telles que de l'eau de groseilles ou de citron glacée; on donnera celle-ci en petite quantité, par cuillerée seulement, et à environ dix minutes de distance. Si l'hémorrhagie continue, il ne faut pas hésiter à appliquer sur l'épigastre et sur les hypochondres une vessie remplie de glace, et à administrer la limonade sulfurique. Il faut que le malade garde une position horizontale et l'immobilité la plus absolue. Si une défaillance survenait, il faudrait examiner par la vue ou le toucher l'état du pharynx; car il peut arriver alors que le sang, remontant dans la gorge, produise l'asphyxie, soit que ce liquide s'introduise dans les voies aériennes, soit que, réuni en caillot, il vienne obturer l'orifice supérieur du larynx. Un fait, rapporté par P. Frank, justifie le conseil que je donne actuellement. Les mêmes moyens seront continués pendant plusieurs jours, et même quelque temps après la cessation de l'hémorrhagie. Les malades seront tenus à une diète rigoureuse; l'alimentation ne sera commencée que plusieurs jours après que l'hémorrhagie a entièrement cessé. On commencera par faire prendre des bouillons émollients, du lait de poule, plus tard du bouillon ordinaire. Il convient de donner ces boissons froides et en petite quantité à la fois. On permettra ensuite l'usage de gelées végétales et animales; on reviendra après, lentement, aux aliments ordinaires, en commençant par ceux dont la digestion est le plus facile, et qui, sous un petit volume, contiennent beaucoup de principes nutritifs. S'il reste du côté de l'estomac quelques indices d'une congestion persistante, il convient, si l'état des forces ne s'y oppose pas, d'appliquer quelques sangsues à l'anus plutôt encore qu'à l'épigastre, et de prescrire des révulsifs sur les hypochondres. Il faut aussi tenir le ventre libre à l'aide de lavements.

L'individu qui a éprouvé une gastrorrhagie devra être soumis pendant longtemps à un régime sévère, à cause de la fréquence des récidives.

DES HÉMORRHAGIES INTESTINALES.

Sous les noms d'*hémorrhagie intestinale*, d'*entérorrhagie* et d'*entéro-hémorrhagie*, je comprends toutes les hémorrhagies qui se font par la muqueuse intestinale, depuis le duodénum jusqu'au rectum. Cependant, à l'exemple de tous les auteurs, j'étudierai séparément sous les noms d'*hémorrhoïdes* et de *flux hémorrhoïdal* certaines hémorrhagies qui ont lieu par la dernière portion du gros intestin, et qui coïn-

cident ordinairement avec des tumeurs qui se forment dans cette région. Les hémorrhagies intestinales, beaucoup plus rares que toutes celles que nous avons étudiées jusqu'à présent, sont susceptibles des mêmes divisions, c'est-à-dire qu'elles peuvent être actives ou passives, essentielles ou symptomatiques.

Anatomie pathologique. — Dans les hémorrhagies essentielles ou dans celles qui sont symptomatiques d'une lésion siégeant ailleurs que dans le tube digestif, on trouve parfois la portion de la muqueuse par laquelle le sang s'est exhalé, gonflée, boursouflée, d'un rouge foncé, piquetée, injectée, ecchymosée; mais il suffit alors de la presser entre les doigts et de la laver sous un filet d'eau pour lui rendre sa couleur, son épaisseur et sa consistance normales. Plus souvent, au lieu d'être ainsi fortement congestionnée, la muqueuse est au contraire tout-à-fait décolorée, comme exsangue; en outre, lorsque l'hémorrhagie a été symptomatique, on trouve des altérations diverses résidant, tantôt dans les intestins, ce sont les ulcérations et les dégénérescences squirrheuses; tantôt dans des organes plus ou moins éloignés, et spécialement dans le foie, dans la rate; ou bien enfin on constate l'existence de diverses lésions ayant produit le rétrécissement ou l'oblitération de quelques vaisseaux abdominaux, et surtout de quelque tronc veineux.

Symptômes, marche. — Quelques malades éprouvent pendant un ou plusieurs jours un sentiment de gêne ou bien des douleurs, des picotements dans le ventre ou les lombes, parfois un peu de ballonnement. Dans la plupart des cas, pourtant, il n'y a aucun prodrome; les malades ressentent tout-à-coup une douleur obtuse à l'ombilic, bientôt suivie de tous les accidents qui accompagnent les hémorrhagies internes. On a ainsi vu quelques individus être pour ainsi dire foudroyés, tomber rapidement dans un état de syncope, et la mort survenir sans que le sang ait été évacué. Le plus ordinairement pourtant les syncopes et les lipothymies n'ont qu'une durée assez courte; mais elles reparaissent quelquefois à de courts intervalles, ce qui dépend souvent des mouvements qu'on imprime aux malades; mais quand elles sont tout-à-fait spontanées, elles indiquent plutôt qu'une nouvelle hémorrhagie s'effectue. Cependant, peu après avoir repris leurs sens, beaucoup de malades sentent un besoin impérieux, irrésistible, d'aller à la selle, et rendent, après quelques matières fécales solides, une quantité plus ou moins considérable de sang fluide ou en caillots, pur ou mêlé aux matières intestinales et plus ou moins altéré, suivant le point où il a été exhalé et suivant la longueur du séjour qu'il a fait dans le tube digestif. En général le sang est excrété peu après son extravasation, pourvu qu'il ait été exhalé en très grande abondance, ou bien lorsque l'exhalation, quoique peu considérable, s'est faite dans un point voisin du rectum. Dans les cas contraires, le sang n'est excrété que douze ou vingt-quatre heures après; il

est souvent alors méconnaissable, et si, en raison du peu d'abondance de l'hémorrhagie, les symptômes généraux ont fait défaut, la maladie peut passer inaperçue.

Durée, terminaisons. — L'hémorrhagie intestinale a une durée généralement courte; elle est tantôt *éphémère*, c'est-à-dire que l'exhalation s'étant faite brusquement, elle ne se reproduit pas. Mais dans la plupart des cas, il y a plusieurs hémorrhagies successives, variables en abondance; ou bien, une hémorrhagie forte ayant eu lieu d'abord, il n'existe plus ensuite qu'une sorte de suintement. Dans ces cas, les malades rendent du sang pendant plusieurs jours, et souvent durant une semaine ou même plus longtemps encore. On peut évaluer à deux ou trois verres la quantité moyenne de sang que les malades perdent dans les entérorrhagies. Cependant cette quantité peut être moindre; elle est aussi souvent dépassée. Nous avons vu, en effet, des individus perdre en quelques heures jusqu'à 4 ou 5 kilogrammes de sang, et expirer par la persistance de l'hémorrhagie.

Les hémorrhagies intestinales entraînent après elles tous les accidents que nous avons notés après les autres pertes de sang. Lorsqu'elles sont idiopathiques, les malades se rétablissent généralement avec assez de promptitude, sans être plus sujets que d'autres à des dérangements des fonctions digestives; mais la maladie se reproduit souvent chez eux avec une extrême facilité.

Diagnostic. — Dans le diagnostic des hémorrhagies intestinales, il s'agit de déterminer : 1° si l'hémorrhagie existe; 2° sur quel point de l'intestin le sang est exhalé; 3° quelle est la cause de l'hémorrhagie.

Tant que le sang n'est pas excrété, il est impossible d'affirmer, d'après les symptômes généraux, qu'il y a eu hémorrhagie, et que celle-ci s'est faite dans le tube digestif. Le doute cesse lorsque le sang a été évacué. Cependant il faut bien se garder de prendre alors pour des selles hémorrhagiques des matières fécales qui sont seulement noirâtres. Cette confusion n'est possible que lorsque l'hémorrhagie, ayant été très faible, le sang est intimement combiné avec les fèces. Dans le cas contraire, on trouvera toujours au fond du vase du sang peu altéré sous forme de grumeaux noirâtres; d'autres fois c'est une sorte de poudre brune ou noire comme du tabac ou du marc de café, qu'on remarque également disséminée à la surface et dans l'épaisseur des matières fécales. Lorsqu'on a ainsi constaté l'existence du sang dans les selles, il reste à déterminer si ce fluide a été réellement exhalé dans l'intestin, ou si, au contraire, il ne provient pas de l'estomac, des fosses nasales, ou de l'intérieur de la bouche. Des symptômes de congestion à l'épigastre, mais surtout des vomissements de sang, ayant précédé de quelques heures, d'un ou même plusieurs jours les selles sanguinolentes, devront faire admettre qu'il y a eu gastrorrhagie, quoiqu'à la rigueur il ne fût pas ab-

solument impossible que du sang exhalé dans la première courbure du duodénum refluât dans l'estomac, comme le fait la bile. Cependant, l'hémorrhagie du duodénum est tellement rare qu'on peut l'exclure, pour ainsi dire, quand il s'agit du diagnostic. Lorsque la gastrorrhagie se fait sans produire presque aucun symptôme local, lorsqu'il n'existe pas de vomissement et que tout le sang est évacué par les selles, il n'y a aucun moyen pour ne pas confondre entre elles la gastrorrhagie et l'entérorrhagie. Quant à la supposition que le sang pourrait provenir d'une épistaxis ou d'une stomatorrhagie, je crois qu'on ne peut jamais commettre une pareille méprise. D'ailleurs le diagnostic différentiel s'établira ici sur les mêmes données que quand il s'agit de déterminer si le sang d'une hématémèse a été exhalé par l'estomac, ou par la pituitaire, ou par la muqueuse buccale (*voir* plus haut). Quand on s'est assuré que le sang a été exhalé par la membrane muqueuse intestinale, il faudra essayer de préciser le point de l'intestin où cette sécrétion s'est faite, d'après les résultats fournis par l'inspection, la palpation la percussion du ventre, et d'après le temps plus ou moins long qui s'est écoulé entre les symptômes de l'hémorrhagie et les premières selles sanguinolentes. Toutefois il est rarement possible de pouvoir donner une pareille précision au diagnostic. On ne devra d'ailleurs jamais se dispenser de pratiquer alors le toucher rectal, afin de s'assurer que le sang n'est pas fourni par des hémorrhoïdes internes, ou que l'hémorrhagie n'est symptomatique ni d'une lésion organique ni d'un état fongueux de la muqueuse du rectum. Pour compléter le diagnostic, il faut rechercher si l'hémorrhagie est idiopathique ou symptomatique. J'ai déjà dit, à l'article *Gastrorrhagie,* comment on pouvait y parvenir : les principes seront ici les mêmes. Si, maintenant, nous recherchons quelle peut être la valeur séméiotique des hémorrhagies intestinales, nous voyons que celles-ci diffèrent suivant qu'elles surviennent dans un état de santé parfaite, dans le cours d'une affection chronique ou d'une maladie aiguë fébrile. Dans le premier cas, elles sont probablement idiopathiques; dans le deuxième, elles sont presque toujours le symptôme d'une lésion organique, comme un cancer, et dans le troisième, elles sont presque caractéristiques de la lésion des plaques de Peyer.

Pronostic. — L'hémorrhagie intestinale, à moins qu'elle ne soit supplémentaire, constitue toujours un accident grave. Son pronostic, d'ailleurs, sera fondé sur les mêmes éléments que celui de la gastrorrhagie.

Etiologie. — Nous ne savons encore rien de précis sur les causes prédisposantes et efficientes des entérorrhagies idiopathiques. Toutes celles que j'ai observées ont affecté des sujets sobres, ayant un bon régime, âgés de vingt à quarante ans; tous avaient un tempérament lymphatique et étaient très irritables; dans un cas l'hémorrhagie fut succédanée des règles et se montra extrêmement opiniâtre. L'entérorrhagie

peut être produite par des causes directes, déterminant une phlogose vive et subite du tube digestif: tels sont les poisons corrosifs, les purgatifs drastiques et surtout la coloquinte et l'aloès. La plupart des hémorrhagies symptomatiques dépendent d'une lésion matérielle des tuniques intestinales; ce sont tantôt des ulcérations comme dans la dysenterie et surtout dans la fièvre typhoïde, beaucoup plus rarement dans la phthisie; plus souvent c'est une dégénérescence squirrheuse et encéphaloïde des intestins; toutefois il m'a semblé que l'hémorrhagie intestinale manquait bien plus souvent dans le cancer de l'intestin que la gastrorrhagie dans celui de l'estomac. Toutes les lésions qui ont pour effet de gêner la circulation de la veine porte, telles que la compression de cette veine ou de ses principales branches par une tumeur ou par le développement insolite du foie, de la rate et du pancréas, sont des causes toutes puissantes pour la production des hémorrhagies intestinales. C'est encore par une gêne dans la circulation hépatique qu'il faut expliquer le développement de ces entérorrhagies passives qui, au rapport de Billard, se montreraient assez souvent chez les enfants âgés d'un à dix-huit jours; toutefois nous manquons encore à ce sujet de renseignements précis. Enfin les hémorrhagies intestinales sont quelquefois symptomatiques d'une défibrination du sang : c'est ce qu'on a observé en 1803 chez les ouvriers des mines d'Anzin ; c'est ce qu'on a remarqué aussi dans quelques autres maladies telles que la purpura hemorrhagica, le scorbut, la fièvre jaune, le typhus et les fièvres pestilentielles. Enfin le sang contenu dans l'intestin pourrait provenir de la rupture d'une tumeur anévrismale de l'aorte; mais ces faits sont excessivement rares.

Traitement. — Tout ce que j'ai dit précédemment du traitement prophylactique et curatif de la gastrorrhagie convient exactement aux hémorrhagies intestinales. Quant à ces entérorrhagies qu'on observe chez les nouveaux-nés, et qui dépendent d'une congestion passive dans les vaisseaux mésaraïques, Billard conseille d'appliquer deux sangsues à l'anus ou de faire saigner le cordon.

DU FLUX HÉMORRHOÏDAL ET DES HÉMORRHOÏDES.

Le mot *hémorrhoïde* (de αἷμα, *sang* et ῥεω, *je coule*) d'abord employé comme synonyme d'hémorrhagie, sert à désigner aujourd'hui certaines tumeurs sanguines qui se forment à la partie inférieure du rectum, ou bien un flux sanguin qui a lieu par le même point, et qu'il est plus convenable cependant de désigner sous les noms de *flux hémorrhoïdal.*

Historique. — Les hémorrhoïdes ont joué un rôle bien important dans la pathologie; il est peu d'auteurs qui n'en aient parlé dans leurs

écrits ; mais si l'on excepte Hippocrate et Galien, qui ont consacré le mot hémorrhoïdes pour exprimer un écoulement de sang par les veines de l'intestin rectum, tous les autres en ont étendu la signification, puisqu'ils ont décrit des hémorrhoïdes de la vessie, de la bouche, de l'utérus, etc. Cette confusion, introduite dans la science par Aristote, s'est perpétuée jusqu'à nos jours, comme on peut s'en convaincre par la lecture même du Traité de Montègre. Cependant aujourd'hui le sens du mot hémorrhoïde est définitivement fixé. Ce point de la science a été l'objet d'un grand nombre de recherches : nous citerons surtout la dissertation d'Alberti, l'un des élèves de Stahl ; les thèses inaugurales de M. Récamier (1800), de M. Jobert (1828) ; le Traité de M. de Larroque et celui de Montègre, travaux qui ont été supérieurement analysés par deux savants médecins, MM. Raige-Delorme et Pierre Bérard, dans le t. XIII du *Dictionnaire de médecine.*

Anatomie pathologique. — Dans cette forme de l'affection hémorrhoïdale, qui n'est constituée que par un flux sanguin, on ignore dans quel état se trouve la membrane muqueuse ; toutefois elle ne doit présenter que les modifications de coloration et d'injection qui existent dans l'entérorrhagie idiopathique. Cependant l'affection hémorrhoïdale est ordinairement caractérisée par la présence de certaines tumeurs. Celles-ci sont violacées et plus ou moins hémisphériques ; les unes sont pédiculées, d'autres ont une base large, elles sont peu distinctes les unes des autres, et à peine aperçoit-on entre elles un sillon peu profond. Leur surface est tantôt unie, tantôt elle est inégale ; elles ont un volume qui varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'un œuf d'oie (P. Frank) ; elles sont plus ou moins flasques et affaissées. Les unes siègent à la marge de l'anus, on les nomme *hémorrhoïdes externes ;* les autres sont dites *internes*, parce qu'elles sont situées dans l'intestin même, et elles s'y insèrent au-dessus du sphincter interne. Rarement elles se prolongent dans le rectum à une profondeur de 6 à 8 centimètres ; cependant on en a vu plusieurs dans l'S iliaque (J.-L. Petit). Les auteurs qui ont étudié la structure des tumeurs hémorrhoïdales ont pour la plupart émis des opinions exclusives : ainsi, les uns les ont considérées comme des varices ; d'autres les croient formées par des hémorrhagies interstitielles, ou par un tissu érectile de nouvelle formation. Mais la divergence qui règne à ce sujet provient de ce que les auteurs ont disséqué des hémorrhoïdes à différentes époques de leur évolution, et lorsqu'elles avaient été déjà le siége de plusieurs lésions consécutives.

Après m'être livré à quelques dissections attentives, j'ai adopté l'opinion de ceux qui croient que la tumeur hémorrhoïdale, dans son état de simplicité, est uniquement formée par la dilatation d'une veine. Si, en effet, à l'exemple de Brodie et de Smith, on injecte la veine porte

ou la veine mésentérique inférieure, on voit la matière à injection arriver librement dans la tumeur; et si on incise celle-ci, il est facile de se convaincre qu'il y a continuité de tissu et identité de structure entre elle et la veine. Mais lorsque les hémorrhoïdes sont anciennes, lorsqu'elles ont été le siége de congestions et d'inflammations répétées, la disposition précédente est moins évidente, et souvent même on ne peut plus la constater. Les parois des tumeurs hémorrhoïdales se sont alors épaissies, hypertrophiées; d'autres se sont amincies, ramollies et perforées. Le sang s'est extravasé dans le tissu cellulaire ambiant, et c'est là ce qui a porté quelques personnes à regarder les hémorrhoïdes comme essentiellement constituées par une hémorrhagie interstitielle; mais on voit que celle-ci n'est qu'une lésion *secondaire*. D'autres fois, plusieurs tumeurs se réunissent; leurs parois s'accolent, se confondent, se perforent; si on les incise alors, on reconnaît un tissu aréolaire. Quelquefois l'hémorrhoïde a une dureté considérable; on la dirait formée par une tumeur solide; ceci dépend tantôt de ce que le sang contenu dans la tumeur s'est concrété, tantôt parce que le tissu cellulaire, chroniquement enflammé, forme une sorte d'enveloppe ou de coque à la veine dilatée. Enfin, les inflammations répétées du tissu cellulaire, le développement insolite du réseau capillaire, les épanchements sanguins, donnent à certaines parties, lorsqu'on les incise, l'aspect d'un tissu caverneux, et c'est cette disposition qui a porté quelques auteurs à considérer les tumeurs hémorrhoïdales comme étant un tissu érectile de nouvelle formation. Des dissections faites avec soin ont encore prouvé que sur les tumeurs hémorrhoïdales il existait souvent une expansion des fibres, des sphincters, dont les unes sont amincies, les autres hypertrophiées; on y trouve encore un réseau artériel considérable et des filets nerveux. Lorsque les hémorrhoïdes sont anciennes, on rencontre un lacis veineux très développé tout autour de l'orifice anal, et souvent, en incisant le rectum, on voit que les troncs veineux qui en partent, et qui rampent sous la muqueuse, présentent, dans l'étendue de 21 à 24 centimètres, un calibre assez grand.

Pour nous résumer, nous dirons, avec MM. Bérard et Raige-Delorme, que dans l'immense majorité des cas, les tumeurs hémorrhoïdales sont constituées à leur début par une dilatation veineuse; que les changements anatomiques qui s'opèrent par suite des progrès de la maladie ont la plus grande analogie avec ceux que les mêmes causes développent dans les tumeurs variqueuses des jambes. En somme, les hémorrhoïdes ne sont autre chose que des varices des veines de l'extrémité inférieure du rectum : aussi avions-nous songé à ranger les hémorrhoïdes dans une autre classe; mais comme nous ne pouvions guère les séparer du flux sanguin sans tumeurs, comme celles-ci ne sont souvent qu'une lésion consécutive de la congestion, j'ai cru convenable, à l'exemple de

M. Andral, de parler des hémorrhoïdes à l'occasion des autres hémorrhagies intestinales.

Symptômes. — Chez la plupart des individus, l'apparition des tumeurs hémorrhoïdales est précédée par un état de congestion ou de fluxion vers l'extrémité inférieure du rectum. Ces personnes éprouvent une douleur gravative vers le sacrum, de la chaleur et du prurit vers l'anus; les selles sont difficiles, douloureuses; souvent il y a un petit suintement séreux, blanchâtre ou muqueux. Ces symptômes s'accompagnent souvent de lumbago, de dysurie, de douleurs abdominales, de perte d'appétit, de nausées et d'un état de malaise. Ces accidents peuvent persister plusieurs heures; en général, ils durent d'un à trois jours; quelquefois ils se prolongent pendant plus d'un septénaire. Ils se jugent tantôt par un suintement sanguin; d'autres fois, ils cessent sans qu'il y ait eu aucune évacuation. Enfin, dans beaucoup de cas, ce sont les prodromes des tumeurs hémorrhoïdales; celles-ci ne se forment souvent qu'après des congestions répétées; d'autres fois, au contraire, elles se développent lentement, d'une manière obscure, et semblent préexister manifestement à la fluxion sanguine qu'elles provoquent ou qu'elles activent.

Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales sont le siége d'une congestion, elles forment au pourtour de l'anus une ou plusieurs saillies ayant les caractères précédemment décrits; elles sont en outre douloureuses, pulsatives, rénitentes; d'autres, plus molles, s'affaissent quand on les comprime. L'anus est rouge, injecté; il y a des envies continuelles d'aller à la selle; le malade se plaint de tiraillements dans les lombes et le ventre. Ces symptômes augmentent dans la station et la position verticale; la marche est pénible, douloureuse, souvent empêchée. Le nombre de ces tumeurs varie; quelquefois il n'y en a qu'une; d'autres fois elles sont multiples; souvent enfin elles forment un bourrelet inégal tout autour de l'anus. Si on pratique le toucher rectal, ce qui est toujours très douloureux, et souvent impossible, on reconnaît que des tumeurs semblables existent fréquemment dans l'intestin; d'autres fois, il n'y a pas même de tumeurs extérieures, toutes sont situées dans le rectum. Dans ce cas, le malade éprouve un sentiment de plénitude et de distension; les coliques, les douleurs de reins, la dysurie, sont plus fortes, parfois même il y a rétention d'urine; les envies d'aller à la selle sont incessantes; l'excrétion des matières fécales est devenue souvent impossible par l'oblitération de l'intestin; alors le malaise est plus grand; il y a du météorisme, des nausées et souvent des vomissements. Si les malades vont à la selle, ce n'est qu'avec les plus vives souffrances, et après des efforts considérables, pendant lesquels les tumeurs et une portion de la muqueuse sont entraînées au-dehors.

Marche, durée, terminaisons. — Après avoir persisté pendant un

temps qui varie entre un ou deux jours et plusieurs semaines, on voit les tumeurs s'affaisser, se flétrir et souvent disparaître sans qu'on observe aucun suintement sanguin ; on dit alors que les hémorrhoïdes sont *sèches* ou *non fluentes*. Mais, dans la plupart des cas, l'affaissement des tumeurs est précédé par un écoulement plus ou moins considérable de sang (*hem. fluentes*) qui, le plus souvent, est l'effet d'une simple exhalation, qui, d'autres fois, est produit par la rupture des varices, rupture déterminée soit par une distension excessive des tumeurs, soit par la pression qu'exercent sur elles les sphincters contractés et les matières stercorales pendant l'acte de la défécation. L'écoulement fini, il est rare que les tumeurs disparaissent tout-à-fait ; dans presque tous les cas, en effet, elles continuent à former au pourtour de l'anus de petites saillies flasques, indolores, et qui augmenteront plus tard lorsqu'une nouvelle congestion aura lieu. Ces fluxions se répètent à des intervalles plus ou moins rapprochés, le plus souvent irréguliers, quelquefois périodiques. Chez quelques individus, les hémorrhoïdes se montrent au renouvellement de certaines saisons; elles peuvent persister ainsi toute la vie, d'autres fois les attaques s'éloignent à mesure qu'on vieillit. Enfin, chez beaucoup de personnes, elles cessent spontanément de se reproduire, et les malades peuvent alors conserver au pourtour de l'anus de petites tumeurs dures semblables à un repli cutané ; on leur donne le nom de *marisques*. Ce ne sont autres que des hémorrhoïdes guéries par la formation d'un caillot ou l'adhésion des parois veineuses; d'autres fois il ne reste aucun vestige de la maladie ancienne.

Complications. — Les tumeurs hémorrhoïdales peuvent présenter différentes complications et occasionner divers accidents plus ou moins fâcheux. Ainsi les hémorrhoïdes internes qui sont entraînées au-dehors, avec une portion de la muqueuse, pendant l'acte de la défécation, peuvent devenir irréductibles et s'étrangler par suite de la compression que le sphincter, spasmodiquement contracté, exerce sur elles. Dans ce cas, le volume, la tension des tumeurs augmentant, celles-ci prennent une couleur violacée ; les malades éprouvent la plupart des symptômes des étranglements herniaires ; enfin ces tumeurs peuvent être frappées de gangrène. D'autres fois l'inflammation qui attaque les varices hémorrhoïdales, se propageant au tissu cellulaire, produit des suppurations diffuses à la marge de l'anus, des abcès stercoraux, des décollements de l'intestin et plus tard des fistules. Enfin les fissures à l'anus, le prolapsus de la membrane muqueuse, le rétrécissement de l'intestin, un écoulement muqueux ou purulent habituel, la dégénérescence cancéreuse du rectum, des douleurs de nature névralgique et une difficulté habituelle dans l'acte de la défécation, sont tout autant d'accidents ou de maladies qui peuvent être la suite des hémorrhoïdes. On voit encore des malades qui conservent pendant plusieurs années un

suintement sanguin habituel ; il en résulte alors un affaiblissement graduel, de l'amaigrissement, et un trouble plus ou moins profond des fonctions digestives. C'est cet état fâcheux de l'économie, que plusieurs auteurs ont désigné sous le nom de *phthisie hémorrhoïdale.*

Diagnostic. — Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales sont congestionnées, elles ne peuvent être confondues avec aucune autre maladie. Dans leur état de flaccidité, au contraire, elles pourraient l'être avec un polype, et mieux encore, avec certaines excroissances syphilitiques, et spécialement avec les condylomes et les *crêtes de coq.* Mais ces végétations ont une forme aplatie : elles offrent à leur bord libre des découpures transversales et coïncident avec d'autres symptômes consécutifs de syphilis. Enfin elles se sont développées lentement, augmentant peu à peu de volume, et n'offrant jamais ces alternatives de congestion et d'affaissement qu'on remarque pour les tumeurs hémorrhoïdales. Il en est de même pour les polypes du rectum, qui sont généralement pédiculés, mous, comme spongieux ou fongueux, et semblent souvent formés de plusieurs lobes. Il faudra aussi ne pas confondre le flux hémorrhoïdal avec les autres écoulements sanguins qui ont lieu par l'anus. Pour éclairer le diagnostic, dans ces cas, on analysera avec soin les symptômes, et on explorera attentivement le rectum par le toucher, et même, si c'est nécessaire, avec le spéculum.

Pronostic.—Les anciens médecins, surtout ceux de l'école stahlienne, et même la plupart de nos contemporains regardent l'affection hémorrhoïdale comme un bienfait de la nature, comme une fonction accessoire qu'il faut toujours respecter ; mais cette opinion est exagérée Nul doute que quelques individus n'aient vu des sympômes plus ou moins graves cesser après l'établissement des hémorrhoïdes. Chez beaucoup d'hémorrhoïdaires, on voit en effet des accidents de pléthore se juger par l'apparition du flux hémorrhoïdal, et même d'une simple congestion ; mais ces faits sont exceptionnels, et pour peu qu'on veuille étudier la question que je soulève ici, on se convaincra facilement que les hémorrhoïdes ne constituent presque toujours qu'une affection incommode, et qu'il y aurait certainement avantage à ne pas avoir. Cependant, lorsque l'économie est habituée depuis longtemps à un flux hémorrhoïdal, il y aurait danger à le supprimer brusquement ainsi que toute autre habitude morbide, surtout s'il survenait périodiquement. Ce que je dis de l'écoulement sanguin s'applique à la simple congestion.

Etiologie. — Les hémorrhoïdes ont été vues depuis la première année de l'existence jusqu'à la plus extrême vieillesse ; mais le plus grand nombre débute dans la période moyenne de la vie, c'est-à-dire entre trente et quarante ans. Il est incontestable que les hémorrhoïdes sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. L'influence de l'hérédité n'est pas encore démontrée ; on ne sait rien non plus sur l'in-

fluence réciproque des divers tempéraments. La maladie paraît être inégalement fréquente dans les différents pays : ce qui dépend peut-être moins du climat lui-même que des habitudes, des coutumes, et surtout du régime. En effet, une alimentation animale, l'habitude de l'équitation, toutes les professions qui forcent à rester assis, les voyages en voiture, la constipation, les efforts de défécation, les tumeurs du bassin, et spécialement l'état de grossesse, sont les causes dont l'effet est le moins incertain ; plusieurs d'entre elles agissent d'une manière toute mécanique, en gênant la circulation dans les veines hémorrhoïdales. A ces causes, il faut joindre toutes celles qui agissent en provoquant des fluxions actives vers le rectum, comme l'application des sangsues à l'anus, les purgatifs drastiques, et surtout l'aloès, la présence des oxyures, etc.

Traitement. — Le traitement est palliatif, curatif, ou prophylactique. Dès que le malade éprouve les symptômes indiquant une congestion des vaisseaux hémorrhoïdaux, et à plus forte raison, dès que des tumeurs se dessinent, il faudra se hâter de donner un lavement pour vider le rectum des matières fécales qu'il contient, ou bien on administre un laxatif très doux. On conseille ensuite au malade de garder une position horizontale, de faire des lotions froides ou des applications permanentes de compresses froides sur la tumeur, le périnée et le sacrum. Enfin, des demi-lavements et des bains de siége froids sont avantageux, car ils calment les élancements, diminuent le volume des tumeurs, et hâtent leur résolution. Cependant, lorsque celles-ci sont très douloureuses et très tendues, lorsqu'elles sont le siége manifeste d'une inflammation qui gagne déjà le tissu cellulaire ambiant, on a proposé de les couvrir de topiques émollients sédatifs et même de sangsues. D'autres veulent qu'on place celles-ci dans les parties voisines, comme par exemple sur les fesses et la région sacrée. Mais ces moyens ne m'ont pas paru produire des résultats avantageux, et j'ai vu rarement les tumeurs se dégorger, même quand on les recouvrait de nombreuses sangsues. Je préfère, dans ces cas, inciser largement les tumeurs, et plonger ensuite les malades dans un bain tiède pour faciliter encore le dégorgement des parties. Ces larges débridements sont bien préférables aux mouchetures et aux scarifications superficielles que quelques personnes ont conseillées, et qui augmentent la congestion plutôt qu'elles ne la diminuent. Lorsque les tumeurs sont étranglées par la contraction spasmodique du sphincter, il faut se hâter de les faire rentrer dans le rectum, à l'aide d'une pression méthodique, et une fois réduites, on les empêche de sortir de nouveau, en plaçant sur l'anus un tampon qu'on maintient par un bandage en T. Si la réduction est impossible, il faut obtenir le dégorgement des tumeurs par les moyens précédemment indiqués.

Il est des tumeurs hémorrhoïdales qui sont très douloureuses, sans

que cet excès de sensibilité puisse s'expliquer par l'état inflammatoire. Il convient dans ces cas de les oindre avec une pommade calmante, et on choisit communément alors l'onguent populéum, dont le malade barbouillera toutes les surfaces malades; il essaiera aussi d'en introduire dans le rectum à l'aide du doigt indicateur. Quelquefois ces douleurs excessives sont occasionnées par de petites érosions ou ulcérations de la surface des hémorrhoïdes. Quand on constate cette lésion, il faut, au lieu de narcotiques, qui ont ici peu d'utilité, toucher les parties avec le nitrate d'argent. Les moyens précédents seront aidés dans leur action par un régime convenable. S'il y avait de la fièvre, la diète et quelquefois même la saignée générale pourraient être indiquées; mais dans la plupart des cas, il suffit de diminuer la quantité des aliments, de les choisir parmi ceux qui ne sont point échauffants, et qui, contenant beaucoup de principes nutritifs, fournissent peu de résidu. Les malades prendront une boisson émolliente, tempérante; ils entretiendront la liberté du ventre à l'aide de lavements ou de quelques doux laxatifs. Il est rare que le flux sanguin soit assez considérable pour exiger un traitement spécial. Si cependant ce cas se présentait, on insisterait sur les boissons, les lotions froides, et même sur les lavements à la glace. Parfois on rencontre des malades qui ont un suintement sanguin interminable qui les épuise : cela tient souvent à l'ulcération des tumeurs et à leur volume; on ne peut guère y remédier que par leur excision. Mais je n'ai point à m'occuper ici de ces accidents, pas plus que des décollements, des fissures, des fistules, des chutes du rectum, du rétrécissement de l'intestin et de toutes les maladies consécutives, qui réclament un traitement chirurgical. Quant aux leucorrhées anales chroniques, on les combat avec le copahu, les astringents, par les douches ascendantes, et surtout par la cautérisation avec l'azotate d'argent.

Le traitement curatif des hémorrhoïdes est entièrement chirurgical. Le procédé qu'on emploie le plus souvent consiste dans l'excision des tumeurs; mais, quelle que soit la méthode qu'on préfère, elle constitue toujours une opération des plus graves, et qui a déjà fait de nombreuses victimes. Il est donc de notre devoir de n'opérer jamais par complaisance. Toutes les fois que les hémorrhoïdes ne seront qu'incommodes, il faut que les malades s'y habituent; si, au contraire, leur volume est tel que les individus ne puissent se livrer à leurs occupations, si les douleurs dont elles sont le siége, les écoulements sanguins, muqueux et purulents qu'elles entretiennent, épuisent la constitution, il faudra, mais seulement alors, en débarrasser les malades.

Les hémorrhoïdes une fois supprimées, il importe, si l'économie paraissait s'y être habituée, de les remplacer par quelque autre évacuation. Lorsqu'au contraire on veut, chez des individus sujets aux congestions cérébrales, établir ou rappeler un flux hémorrhoïdal supprimé, on dé-

terminera périodiquement des fluxions sanguines vers le rectum par l'application de deux ou quatre sangsues, qu'on réitérera pendant plusieurs jours. On place ensuite les malades sur un vase d'où se dégage de la vapeur; on pourra même l'introduire jusque dans le rectum à l'aide d'un tube. On administre aussi l'aloès, qui, comme on sait, exerce son action purgative et congestive surtout sur le rectum. Enfin, M. Trousseau conseille de mettre pendant un, deux ou trois jours un suppositoire fait avec 4 grammes de beurre de cacao, auquel on incorpore de 15 à 30 centigrammes d'émétique.

Pour prévenir le retour des hémorrhoïdes, le malade suivra un régime doux; les viandes blanches, les légumes herbacés et les fruits seront préférés. Il évitera de faire des efforts, surtout pour aller à la selle; il tâchera de remplir cette fonction tous les jours, et pour en faciliter l'accomplissement il prendra un lavement à l'eau ou à la graine de lin. Matin et soir il lotionnera l'anus avec de l'eau froide, prendra un ou deux bains par semaine, ne montera pas à cheval; il couchera sur le crin ou sur la paille, et restera le moins possible sur le dos. S'il a des habitudes sédentaires, il choisira un siége élastique et légèrement convexe, afin de soutenir la région anale.

DE L'HÉMATURIE.

Synonymie. — Pissement de sang; *mictus cruentus. sanguineus.*

On réserve le mot *hématurie* pour désigner l'excrétion du sang par le canal de l'urètre, s'opérant, comme celle de l'urine, par la contraction de la vessie. D'après cette définition, il est évident qu'on ne comprend pas dans l'hématurie les exhalations sanguines qui se font dans l'urètre, hémorrhagies qu'il convient en effet d'étudier à part.

Divisions. — Indépendamment de la distinction des hématuries en essentielle, symptomatique, active et passive, qui leur est applicable comme à toutes les autres hémorrhagies, on les a encore distinguées en *rénale*, *urétérique* et *vésicale*, suivant que le sang excrété a été exhalé dans les reins, les uretères ou la vessie. Cette distinction est certainement fondée; mais il est le plus souvent impossible d'en faire l'application au lit du malade.

Anatomie pathologique. — Dans l'hématurie idiopathique, il n'y a aucune lésion de texture dans la muqueuse des voies urinaires. Si l'hématurie est symptomatique, on trouvera des lésions très variables dans les reins, les uretères ou la vessie : ce sont le plus souvent des calculs et des carcinomes, parfois des inflammations aiguës ou chroniques. L'hémorrhagie a parfois été produite par de véritables tumeurs variqueuses situées surtout au pourtour du col vésical.

Symptômes, marche. — L'hématurie est presque toujours précédée de quelques phénomènes précurseurs; les uns généraux, les autres locaux. Ces derniers varient suivant le point des voies urinaires dans lequel se fait l'exhalation sanguine. Si c'est dans les reins, les malades éprouvent une douleur obtuse, contusive ou de la chaleur dans les lombes; si, au contraire, l'hémorrhagie doit se faire dans la vessie, l'hypogastre est le siége d'une douleur profonde. Il y a un sentiment de pesanteur vers l'anus et le périnée, ou bien une douleur pongitive, surtout à l'extrémité de la verge. Lorsque l'hématurie est l'effet de l'absorption des cantharides, elle est précédée d'une ardeur très vive dans toutes les voies urinaires et d'un priapisme violent. A ces symptômes se joignent un état de malaise et des frissons irréguliers. Bientôt les malades sont pris d'envie d'uriner, ils rendent alors une quantité plus ou moins considérable de sang. Cette excrétion se fait librement par un jet continu, et sans souffrance; d'autres fois ce n'est qu'après beaucoup d'efforts, d'épreintes, que le liquide est expulsé peu à peu, et souvent goutte à goutte. Quelquefois il y a rétention d'urine, ce qui dépend le plus souvent de ce que le caillot est venu boucher le col vésical. L'aspect du sang varie: ce liquide sort quelquefois pur, presque sans mélange d'urine, mais ce cas est rare, et n'est guère observé que dans les plaies des reins. En général, le sang est mélangé avec beaucoup d'urine, qu'il colore en rouge ou en noir; on distingue en outre de petits caillots noirs ou fibrineux, et un grand nombre de globules. Enfin parfois la quantité de sang est si peu considérable, que l'urine ne présente lors de son émission qu'une couleur rosée, et ne dépose point de caillots fibrineux. Cependant, si on examine le liquide au microscope, on ne tarde pas à y découvrir des globules sanguins, c'est-à-dire des corpuscules d'un 120e de millim. environ, lenticulaires, jaunâtres, paraissant avoir un noyau central, insolubles dans l'eau et l'acide nitrique, et solubles dans l'acide acétique. L'urine sanguinolente se coagule en outre par la chaleur, et précipite abondamment par l'acide nitrique. La quantité de sang varie beaucoup non seulement aux différentes époques de la maladie, mais encore dans les diverses émissions d'urine qui se font dans une même journée. Ainsi, on a vu parfois, dans des hémorrhagies rénales, l'urine devenir brusquement incolore, ce qui dépend souvent de ce que l'uretère du rein malade étant obstrué par un caillot ou un calcul, l'urine vient alors uniquement du rein du côté opposé (Rayer). Si l'hématurie est symptomatique, elle s'accompagne encore de plusieurs autres phénomènes locaux, variables suivant la nature des altérations organiques. Les symptômes généraux diffèrent également surtout suivant l'abondance de l'hémorrhagie; cependant celle-ci est rarement assez forte pour produire les accidents qui suivent les hémorrhagies excessives.

Durée, terminaisons. — La durée de l'hématurie peut n'être que

d'un ou deux jours; parfois même elle n'est que de quelques heures; c'est ce qui arrive quand la maladie est idiopathique. Si, au contraire, elle est symptomatique, elle pourra persister à divers degrés pendant plusieurs mois. Quoi qu'il en soit, la présence du sang dans l'urine pendant quelques jours de suite n'indique pas nécessairement que plusieurs exhalations se sont faites successivement, mais elle peut tenir à ce qu'un caillot s'étant organisé dans la vessie, est ensuite dissous et entraîné peu à peu par l'urine, qu'il colore en noir.

L'hématurie idiopathique ou symptomatique peut être assez abondante pour amener la mort; M. Rayer en cite un exemple, mais ces faits sont excessivement rares. L'hématurie récidive comme toutes les autres hémorrhagies; elle apparaît alors à des intervalles plus ou moins rapprochés; lorsqu'elle est supplémentaire (chose fort rare), elle affecte des retours assez périodiques.

Accidents consécutifs. — L'exhalation du sang dans les voies urinaires peut devenir la cause de plusieurs accidents; c'est ainsi que nous avons déjà vu qu'un caillot, en bouchant le col vésical, pouvait produire une rétention d'urine. D'autres fois, le sang se concrétant dans l'uretère, et ayant rendu ce conduit imperméable, le sang et l'urine s'accumulent dans le bassinet; le rein ainsi distendu peut alors former une tumeur volumineuse, faisant saillie dans les lombes et dans le flanc, mais ces faits sont rares. Quand un uretère est obstrué, ce n'est que momentanément. Cette obstruction peut produire différents accidents, et notamment des accès de coliques néphrétiques; mais ces symptômes cessent bientôt, et l'on voit alors les malades expulser avec ou sans douleur une plus ou moins grande quantité de morceaux de fibrine décolorés, allongés, ayant souvent la forme et le volume d'un strongle ou d'un lombric; ce qui a quelquefois donné lieu à des erreurs grossières. Ces concrétions fibrineuses sont souvent creuses ou canaliculées. Enfin il n'est pas rare de voir un caillot sanguin devenir le noyau d'un calcul.

Variété. — Pour compléter l'histoire symptomatique de la maladie, je dois faire connaître une forme d'hématurie qui, d'après M. Rayer, est endémique à l'île Maurice et au Brésil. Cette hématurie, qui est essentielle, affecte spécialement l'enfance; elle est parfois tellement légère, que les enfants n'en sont point incommodés; mais, d'autres fois, elle est plus grave. Cependant il est rare que les pertes de sang soient assez fortes pour altérer profondément la constitution. Dans cette espèce d'hématurie, l'urine dépose, indépendamment des globules sanguins, une grande quantité d'acide urique, cristallisé; parfois même ce sont de véritables graviers. Dans une autre forme de la maladie, l'apparence de l'urine est des plus remarquables. En effet, dans l'espace de vingt-quatre heures, les enfants rendent deux sortes d'urines, l'une sanguinolente; l'autre, en général, formée quelques heures après la digestion,

est d'un rouge pâle; abandonnée à elle-même, elle se sépare en deux couches, une inférieure et sanguinolente; l'autre, supérieure, est louche, laiteuse ou opaque (*urine chyleuse*). Cette dernière matière, sur la nature de laquelle on n'est pas fixé, offre d'ailleurs beaucoup de ressemblance avec le chyle. L'hématurie endémique de l'Ile de France est une affection chronique. Après avoir cessé quelques jours ou quelques semaines, elle se reproduit, et persiste souvent jusqu'à la puberté, et parfois au-delà. Il est même des individus chez lesquels elle devient constitutionnelle, et qui la conservent encore après un séjour de plusieurs années en Europe. Cependant la plupart guérissent pendant la traversée; mais souvent la maladie récidive après leur retour dans leur patrie. Cette hématurie paraît être rarement suivie de la mort; on ignore d'ailleurs les lésions cadavériques qui l'accompagnent.

Diagnostic. — Dans le diagnostic, il s'agit 1° de savoir bien distinguer les urines sanguinolentes; leur aspect et la nature du dépôt suffisent souvent pour les caractériser : mais dans les cas douteux on aura recours à l'inspection microscropique, qui fera reconnaître la présence des globules sanguins qu'on ne peut confondre avec rien autre. 2° Il faut rechercher si le sang a été exhalé dans les reins, les uretères ou la vessie; mais le plus souvent on ne peut avoir à ce sujet que des présomptions. On soupçonnera que le sang vient des reins lorsque les malades ont éprouvé de la douleur, de la pesanteur dans les lombes, ou lorsqu'une cause traumatique a agi sur eux, ou bien enfin lorsque les malades rendent des filaments fibrineux, ramifiés, qui ont dû évidemment se former dans la substance tubuleuse. Aucun signe ne peut faire reconnaître si le sang vient des uretères. On soupçonne que le liquide a été exhalé dans la vessie lorsque tous les phénomènes locaux ont été concentrés vers cet organe; le sang est alors mêlé moins intimement à l'urine que lorsqu'il vient des reins : d'ailleurs il y a bien peu d'exemples d'hématuries vésicales essentielles; presque toujours elles sont symptomatiques de lésions faciles à découvrir et qui amènent des troubles plus ou moins graves avant d'avoir produit une hémorrhagie. 3° On recherchera si l'hématurie est essentielle ou symptomatique, et l'on se décidera pour l'une ou pour l'autre suivant qu'il y a ou non les signes de quelque affection des voies urinaines, suivant enfin que les malades se rétablissent ou restent languissants.

Pronostic. — L'hématurie ne constitue une maladie grave que lorsqu'elle est abondante, qu'elle persiste pendant longtemps, et lorsqu'elle est l'effet d'une lésion grave de texture ou de la présence d'un calcul. L'hématurie qui survient dans le cours d'une maladie aiguë grave telle que les fièvres pestilentielles et éruptives, et spécialement dans la variole, indiquent presque toujours que l'affection aura prochainement une issue funeste.

Etiologie. — Nous ne savons presque rien sur les causes prédisposantes et efficientes des hématuries essentielles. On a dit qu'elles étaient plus communes chez l'homme, dans la jeunesse, et chez les sujets à tempérament sanguin : l'état sédentaire, la bonne chère, des excès alcooliques et vénériens ont été regardés comme tout autant de causes prédisposantes ou déterminantes, mais aucune d'elles n'est démontrée. De toutes les causes qu'on a invoquées, le climat est la seule dont l'action soit bien constatée. L'hématurie est en effet une maladie des pays chauds; ainsi nous la voyons régner endémiquement chez les jeunes sujets de l'Ile de France; elle a fréquemment atteint nos soldats pendant la campagne d'Egypte (Renoult), tandis que dans les pays tempérés où nous vivons, c'est une affection excessivement rare. Je ne parle cependant ici que des hématuries essentielles : mais il n'en est plus de même de celles qui sont symptomatiques. Celles-ci peuvent être produites par une lésion traumatique, par l'inflammation, l'ulcération des voies urinaires, par la présence d'un calcul, d'un fongus, de varices ou d'un cancer. Enfin elles peuvent être symptomatiques d'un état général grave de l'économie, comme dans les fièvres pestilentielles, les varioles malignes, les scarlatines et le scorbut.

Les hématuries idiopathiques surviennent le plus souvent d'une manière spontanée; d'autres fois elles se déclarent à la suite de fatigues, après une équitation prolongée, par l'emploi de purgatifs drastiques et surtout de l'aloès, ou après l'absorption des cantharides; enfin elles peuvent succéder à la suppression d'une autre hémorrhagie, et surtout à la suppression des règles ou des hémorrhoïdes; elles sont alors supplémentaires. Enfin on a vu l'hématurie, survenant par suite d'un effort critique, juger une maladie plus ou moins grave.

Traitement. — L'hématurie, suivant qu'elle est active ou passive, réclame la série de moyens dont nous avons déjà parlé à l'occasion des autres hémorrhagies, et sur lesquels il est inutile de revenir : cependant l'hématurie réclame quelques soins particuliers. Ainsi nous avons vu que la coagulation du sang dans la vessie produisait souvent de la dysurie, du ténesme et des rétentions d'urine; on devrait dans ces cas faciliter l'expulsion des caillots en introduisant dans la vessie une sonde d'argent avec laquelle le caillot sera divisé, écrasé; on injectera ensuite une grande quantité d'eau. Dans le même but on conseillera au malade de boire le plus possible d'une tisane émolliente : c'est surtout par l'injestion d'une grande quantité de boissons douces émulsives, auxquelles on ajoutera l'usage de quelques pilules de camphre et d'opium, qu'il convient de traiter les hématuries produites par l'absorption des cantharides.

L'hématurie endémique de l'Ile de France réclame rarement, même à son début, l'emploi d'une médication active. Lorsqu'elle se prolonge

et qu'elle a affaibli la constitution, elle indique l'usage des ferrugineux. Quand elle s'accompagne d'un dépôt d'acide urique, les malades devront prendre des boissons alcalines; si l'urine est devenue chyleuse, albumineuse, graisseuse, on essaiera l'administration à l'intérieur de la teinture de cantharides qui paraît avoir été parfois utile dans les cas dont je parle; les balsamiques ont aussi réussi quelquefois; enfin, lorsque la maladie résiste, il faut conseiller l'émigration.

DE L'URÉTRORRHAGIE OU DE L'URÉTRO-HÉMORRHAGIE.

L'hémorrhagie qui se fait par la membrane muqueuse de l'urètre se nomme *urétrorrhagie.*

Cette maladie, qui est à peu près exclusive à l'homme, est souvent annoncée par une douleur gravative régnant sur le trajet de l'urètre et s'irradiant au périnée et jusque vers les lombes. Le canal est le siége de douleur, de brûlure; l'excrétion de l'urine provoque de la cuisson, et souvent elle est gênée et incomplète. Le sang s'échappe communément goutte à goutte par le méat urinaire; il est pur, non mêlé à l'urine: si l'exhalation se fait vers la portion prostatique de l'urètre, une portion du liquide peut refluer dans la vessie, où il se mélange avec l'urine et est ensuite excrété avec elle par les contractions vésicales; cependant ce fait est assez rare. L'urétrorrhagie n'est jamais considérable, elle n'a généralement qu'une durée de quelques instants ou de quelques heures au plus; plus rarement elle persiste deux ou trois jours.

On voit d'après ce qui précède que l'urétrorrhagie se distinguera aisément de l'hématurie en ce que dans la première le sang s'échappe spontanément par les seules lois de la pesanteur et sans le secours des contractions vésicales.

Le pronostic n'est jamais grave. L'urétro-hémorrhagie est presque toujours consécutive à la blennorrhagie, à quelque violence exercée sur l'urètre, telle qu'une contusion ou une déchirure produite par l'introduction d'une sonde, etc.

L'urétrorrhagie est généralement produite par une cause traumatique; plus rarement elle est due à une congestion spontanée de la membrane muqueuse.

Pour traiter cette légère affection, on entourera la verge de topiques résolutifs; l'organe sera maintenu perpendiculairement sur le ventre; le malade gardera le repos dans une position horizontale, et évitera toutes les causes d'excitation. L'hémorrhagie qui survient dans le cours d'une violente blennorrhagie cédera aux moyens antiphlogistiques qu'on emploiera contre la maladie principale.

DE LA MÉTRORRHAGIE.

SYNONYMIE. — Hémorrhagie utérine, ménorrhagie, pertes de sang ou pertes utérines.

Il faut définir la *métrorrhagie*, tout écoulement de sang se faisant à la surface interne de l'utérus hors le temps des règles, ou bien aux époques menstruelles, mais en quantité plus grande qu'il ne convient.

Les divisions que nous avons admises pour toutes les hémorrhagies qui précèdent, actives, passives, idiopathiques, symptomatiques, etc., sont également applicables à la métrorrhagie. De plus, celle-ci pouvant survenir dans l'état de vacuité de l'utérus ou pendant la grossesse, ou bien encore peu après l'accouchement, et la maladie, dans ces cas, n'offrant ni la même marche ni la même gravité, reconnaissant des causes très différentes et exigeant souvent une thérapeutique spéciale, on doit en faire des affections presque distinctes qu'il faut étudier à part. Je ne m'occuperai ici que des flux sanguins de la première espèce, renvoyant, pour toutes les hémorrhagies de la femme grosse et accouchée, aux livres d'obstrétrique, et particulièrement à l'ouvrage remarquable de notre excellent ami Jacquemier, où ce sujet est comme tout le reste supérieurement traité.

Symptômes. — Il est rare qu'une métrorrhagie arrive sans prodromes; cela n'a guère lieu que lorsqu'une cause violente ayant agi, la maladie se manifeste simultanément ou du moins immédiatemcnt après. Les prodromes des métrorrhagies sont, en général, tous ceux qui précèdent l'éruption menstruelle; ils offrent seulement un peu plus d'intensité et persistent même à un certain degré pendant les deux ou trois premiers jours de l'hémorrhagie. L'écoulement sanguin qui caractérise celle-ci s'établit peu à peu, ou bien tout-à-coup; il a lieu sans interruption, ou bien il se suspend et se renouvelle à de courts intervalles; en général il est continu, et redouble par instants. Les malades expulsent alors une certaine quantité de caillots. Ceux-ci s'échappent surtout pendant les efforts de défécation ou dans la station; ils viennent du vagin, et ils s'y forment toutes les fois que les femmes gardent une position horizontale. L'origine de ces caillots explique pourquoi leur expulsion n'est ni précédée ni accompagnée de ces douleurs vives dont l'utérus est le siége, lorsqu'il fait effort pour chasser au-dehors un corps étranger renfermé dans sa cavité. Lorsque l'hémorrhagie est simple, idiopathique, aucun caillot ne se formant dans l'utérus, il est rare que les malades se plaignent de douleurs expultrices; elles n'accusent alors que des douleurs lancinantes ou contusives à l'hypogastre, aux lombes, et souvent aux aines et dans la partie supérieure des cuisses. L'exploration de l'utérus à l'aide du doigt qu'on porte dans le vagin, et la palpation hypogastrique, ne font

constater aucune augmentation dans le volume de l'organe. La seule modification que nous ayons pu apprécier alors est une dilatation de l'orifice utérin, parfois assez considérable pour permettre l'introduction de la pulpe de l'indicateur. Pendant la durée de l'hémorrhagie, les femmes accusent de la céphalalgie, variable par son siége et son intensité ; elles ont du malaise, l'appétit est perdu. Les symptômes généraux varient suivant que la métrorrhagie est active ou passive et suivant la quantité de sang qui est perdu. Il me suffit de l'indiquer.

Marche, durée, terminaison. — Les pertes utérines ne cessent jamais brusquement ; mais on voit l'écoulement, continu d'abord, se suspendre de temps en temps, puis décroître ; enfin, après une durée dont la moyenne est d'environ un septénaire, l'hémorrhagie cesse tout-à-fait. Il est rare qu'elle se prolonge pendant plusieurs semaines, et à plus forte raison plusieurs mois ; ceci n'a guère lieu que chez les femmes qui ne veulent point se condamner au repos, ou bien chez celles dont l'hémorrhagie est symptomatique d'une lésion organique, ou lorsqu'elle se rattache à la présence d'un corps étranger, comme un polype. Quoi qu'il en soit, le sang rendu cesse souvent alors d'être coagulable, et parfois même les malades épuisées ne rendent plus qu'un fluide séreux à peine sanguinolent. La quantité de sang perdue dans le cours d'une hémorrhagie peut être difficilement calculée. Il est rare, d'ailleurs, de voir l'hémorrhagie idiopathique survenant dans l'état de vacuité être suivie des symptômes d'anémie qui succèdent à toutes les hémorrhagies excessives. Cependant, je ne parle ici que des femmes d'une bonne constitution ; mais lorsque la métrorrhagie survient chez une fille impubère (chose fort rare d'ailleurs), elle produit une débilité très grande, quoique dans la plupart des cas elle n'ait qu'une durée de deux à trois jours, et que l'écoulement sanguin soit peu considérable. Ce que je dis ici s'applique également aux filles chlorotiques, chez lesquelles les règles se transforment parfois en véritables pertes, à la suite desquelles on voit s'aggraver toujours les accidents nerveux et anémiques de la chlorose. Ces hémorrhagies peuvent même être assez abondantes et assez rebelles pour occasionner la mort, ainsi que M. Requin en a récemment observé un exemple. En général, les douleurs et l'état de souffrance du côté de l'utérus, qui accompagnent la plupart des métrorrhagies, diminuent et cessent avec l'écoulement sanguin ; cependant il n'est pas très rare de les voir continuer après. Cette persistance se lie à un état permanent de congestion vers l'utérus, et rend imminente une récidive de l'hémorrhagie. Ces retours des pertes utérines se font à des intervalles plus ou moins rapprochés. Le plus souvent ils sont liés aux époques menstruelles ; c'est ainsi qu'on rencontre fréquemment, dans la pratique, des femmes chez lesquelles, pendant plusieurs années, les règles se transforment chaque mois en une véritable métrorrhagie. Cela se remarque vers l'âge critique ; mais, à

cette époque, peut-être voit-on plus souvent encore les hémorrhagies alterner avec la suspension des règles.

Les hémorrhagies utérines à marche chronique sont, comme je l'ai déjà dit, le plus souvent symptomatiques. Elles ont lieu tantôt d'une manière continue ; le plus souvent le suintement cesse de temps en temps, puis l'hémorrhagie revient plus forte ; ces exacerbations coïncident le plus souvent avec les périodes menstruelles.

Diagnostic. — La menstruation présentant de grandes différences, non seulement d'individu à individu, mais aussi chez la même personne, il s'ensuit qu'il est souvent fort difficile de déterminer le point où l'écoulement sanguin cesse d'appartenir à la menstruation, et mérite le nom de métrorrhagie. On a dit d'avoir égard à la quantité de sang perdu, mais cette appréciation ne présente aucune certitude. Nous croyons qu'on doit plutôt rechercher l'influence que l'hémorrhagie exerce sur les principales fonctions. Ce précepte nous sera utile pour déterminer si un écoulement sanguin qui s'établit chez une jeune fille impubère doit être considéré comme des règles précoces ou comme une hémorrhagie. Presque toujours alors la question sera résolue dans le second sens, à cause de l'affaiblissement que déterminent dans la constitution ces pertes de sang, même quand elles sont très peu considérables. Quelques personnes croient distinguer l'hémorrhagie menstruelle de celle qui est morbide, en disant que dans la première le sang est toujours fluide, tandis que dans la seconde il se forme le plus souvent des caillots. Ce fait est généralement vrai ; cependant nous avons vu beaucoup de femmes qui, à chaque époque menstruelle, rendent des caillots volumineux pendant un à deux jours, sans pourtant qu'on soit autorisé à admettre qu'il y a une véritable perte.

Si maintenant nous nous demandons quelle doit être la valeur séméiotique d'une métrorrhagie, nous dirons qu'il est très vrai que les hémorrhagies essentielles sont moins rares par l'utérus que par tout autre organe ; cependant l'observation apprend qu'il n'en faut pas moins se méfier de toutes les métrorrhagies un peu considérables, car, dans la plupart des cas, elles sont symptomatiques. Ainsi une hémorrhagie utérine abondante, avec caillots, s'accompagnant de douleurs expultrices, dénote presque toujours qu'un avortement se prépare ou s'effectue. C'est par suite d'une fausse couche que surviennent presque toutes les métrorrhagies qu'on observe si souvent chez les jeune filles, chez les jeunes femmes et chez un grand nombre de prostituées. Ailleurs la métrorrhagie dépend d'un engorgement chronique de l'utérus, d'une affection granulée du col, et surtout de la présence d'un polype ou d'une dégénérescence squirrheuse, affections que le toucher ou l'exploration par le spéculum feront découvrir le plus souvent. Pour terminer, nous dirons que chez les femmes âgées qui ont cessé de voir,

et qui, au bout de plusieurs années, ont de nouveau leurs règles, on devra soupçonner une lésion organique, même lorsque l'écoulement simule, par sa périodicité parfaite, une époque menstruelle. Enfin il faut se méfier des règles qui apparaissent deux fois par mois, car un pareil écoulement, rarement compatible avec la santé, est souvent symptomatique.

Pronostic. — Il est inutile de dire ici que la gravité du pronostic varie suivant l'abondance de l'hémorrhagie, l'influence qu'elle exerce sur la constitution, et suivant qu'elle est essentielle ou symptomatique. Quelle que soit d'ailleurs la cause de la métrorrhagie, du moment qu'elle persiste pendant longtemps, elle constitue une affection grave, car elle prédispose aux avortements, ou rend une nouvelle fécondation impossible. La métrorrhagie qui affecte les filles impubères et chlorotiques est plus fâcheuse que celle qui atteint la femme adulte. Enfin, pour ce qui est du pronostic des métrorrhagies symptomatiques, je crois, toutes choses égales d'ailleurs, que celles qui dépendent de la présence d'un polype ou d'un cancer sont les plus graves, à cause de leur abondance et de leur opiniâtreté.

Etiologie. — Rares avant la puberté, les métrorrhagies sont d'autant plus fréquentes que la femme approche davantage de l'âge critique. Les ménorrhagies actives se remarquent surtout chez les jeunes femmes pléthoriques ou d'une constitution nerveuse, qui vivent dans l'oisiveté, dont la nourriture est succulente, qui ont habituellement des règles abondantes. La prédisposition hémorrhagique est héréditaire dans certaines familles. Au rapport de Blumenbach et de Bontius, l'habitation d'un climat chaud constituerait une prédisposition très grande aux hémorrhagies utérines; une chaleur artificielle trop forte produirait les même effets, d'après Boërhaave et Morgagni. Les métrorrhagies surviennent souvent à la suite d'une violente secousse morale, ou après une vive excitation utérine produite par le coït, par l'onanisme ou par des désirs non satisfaits. Les exercices violents, tels que la danse, la course et l'équitation; la chute sur les reins et sur les fesses, l'administration des emménagogues et des drastiques, la cautérisation du col, l'application de sangsues sur cette partie, etc., sont des causes très actives de métrorrhagie. Enfin, on vu parfois cette maladie survenir sous l'influence d'une constitution médicale spéciale; c'est ce que Stoll a noté en 1778, et ce que les médecins de Breslaw avaient observé déjà en 1699. On a vu précédemment de quelles maladies de l'utérus les métrorrhagies sont le plus souvent symptomatiques. Elles peuvent aussi survenir quelquefois sous l'influence d'un état général plus ou moins grave de l'économie, tel que le scorbut, les fièvres éruptives et surtout la variole, les fièvres pestilentielles, certaines fièvres bilieuses. Enfin si l'appauvrissement du sang a le plus souvent pour résultat de diminuer la quantité des règles, ou même de les suspendre tout-à-fait, nous avons vu que quelquefois il

produisait un résultat contraire; c'est ainsi que nous avons signalé la fréquence de la métrorrhagie chez les filles chlorotiques, et cet accident est tellement lié à la chlorose, qu'on le voit cesser dès qu'on est parvenu à reconstituer dans le sang un plus grand nombre de globules. De toutes les hémorrhagies que nous avons étudiées jusqu'à présent, les épistaxis peut-être exceptées, les métrorrhagies sont celles qui sont le plus souvent critiques.

Traitement. — La première indication est de soustraire les malades à l'influence des causes qui ont produit la métrorrhagie. On conseillera le repos absolu, une position horizontale sur un lit dur, le bassin étant sur un plan un peu plus élevé que le reste du corps; on vide le rectum à l'aide de lavements à peine tièdes ou même frais; on prescrit l'usage d'une boisson froide, tempérante, et on ne permet que peu d'aliments. Cette médication si simple suffit pourtant pour enrayer et guérir la plupart des métrorrhagies essentielles. Cependant, si la maladie résistait à ces moyens, si malgré sa persistance le pouls conservait de la force et de l'ampleur, on devrait recourir à une saignée générale. Dans les cas où des douleurs vives vers les lombes, le sacrum, l'hypogastre et les cuisses indiquent une congestion plus forte, ou tout au moins une surexcitation dans la sensibilité utérine, il convient d'appliquer quelques ventouses scarifiées au pourtour du bassin. En même temps on tâchera d'opérer une révulsion sur des points plus ou moins éloignés : ainsi, on donnera des manuluves irritants; on appliquera des cataplasmes sinapisés aux avant-bras, aux épaules; on couvrira la poitrine de larges ventouses sèches. Si, nonobstant ces moyens, la perte continue, on fera des applications froides sur l'hypogastre et le sacrum; on donnera des lavements froids; on pourra injecter dans le vagin lui-même une liqueur styptique ou simplement froide; enfin, on prescrira des bains froids. Si la faiblesse des malades est extrême, on se contentera d'une simple immersion dans l'eau, et on retirera les malades après une ou deux minutes; dans le cas contraire, le bain pourra être prolongé pendant un quart d'heure ou une demi-heure. Enfin, si l'hémorrhagie mettait la vie en péril, il faudrait tamponner le vagin.

Un grand nombre de médicaments ont été préconisés contre les métrorrhagies qui sont devenues passives. Je ne dirai rien des amers, des astringents, et surtout de l'extrait de ratanhia et du tannin, des ferrugineux et des acides minéraux dont nous avons parlé précédemment à l'occasion des autres hémorrhagies, et qui conviennent également dans celle-ci; je ne veux mentionner ici que l'emploi de la poudre de cannelle et du seigle ergoté. Depuis Van-Swiéten, un grand nombre de médecins ont préconisé l'écorce de cannelle et les préparations dont elle forme la base, comme étant presque spécifiques dans le traitement des métrorrhagies qui s'accompagnent d'une grande débilité. On devra choisir de

préférence la poudre de cannelle, que l'on donnera à la dose de 4 ou 8 grammes par jour, en 3 ou 4 prises. La sabine, que quelques uns ont conseillée, me paraît être d'un usage dangereux, en raison de l'action stimulante toute spéciale qu'elle exerce sur l'utérus, et qui peut avoir pour effet d'augmenter et de prolonger la métrorrhagie. Quant au seigle ergoté, il nous inspire peu de confiance, car j'ai rarement vu l'hémorrhagie éprouver quelque influence par suite de son administration. Cependant MM. Trousseau et Maisonneuve ont publié, il y a environ dix ans, une série d'observations entièrement favorables à l'administration de ce médicament, qu'ils donnent même dans les cas de métrorrhagies symptomatiques de carcinome utérin. M. Trousseau veut qu'on prescrive l'ergot de seigle à doses fractionnées et à des intervalles égaux, et qu'on commence par des doses un peu fortes, comme 4 grammes dans les vingt-quatre heures, quantité qu'on peut augmenter les jours suivants. On peut administrer ce remède sans aucun danger pendant un ou deux septénaires. Certains symptômes prédominants peuvent exiger aussi une médication spéciale : ainsi, contre la métrorrhagie qui affecte les filles chlorotiques, on emploiera les préparations ferrugineuses à haute dose et un régime substantiel. S'il existe des signes d'un embarras gastrique, on devra, à l'exemple de Stoll, de Finke et de beaucoup d'autres, administrer un vomitif, sans redouter que les secousses des vomissements puissent augmenter l'hémorrhagie. La constipation sera combattue par des lavements, ou même encore par de légers laxatifs. Enfin les antispasmodiques, mais surtout l'opium, sont souvent utiles, et seront administrés chez les femmes irritables qui éprouvent de vives douleurs utérines, et dont tout le système nerveux est dans un grand état d'excitation. L'opium peut être donné par la bouche ou en lavements. Ce dernier moyen m'a paru préférable, lorsqu'on administre le médicament pour remédier surtout aux douleurs dont l'utérus, les lombes et le sacrum sont le siége. L'opium, donné dans ces conditions, produit non seulement un effet sédatif, mais souvent il modère l'hémorrhagie elle-même.

Lorsqu'on s'est rendu maître de la métrorrhagie, il faudra insister pendant quelque temps encore sur les remèdes; il faudra éloigner toutes les causes qui pourraient favoriser le retour de la maladie : ainsi, la femme marchera peu ; elle couchera sur la paille ou le crin ; pendant le jour, elle gardera le plus possible la position horizontale, ne fera pas d'efforts ; elle aura une nourriture douce; elle évitera les émotions et toutes les causes d'excitation utérine. Si elle est anémique, les toniques, les ferrugineux, une nourriture analeptique, seront conseillés.

DES HÉMORRHAGIES DES MEMBRANES SÉREUSES.

Les membranes séreuses peuvent être le siége d'hémorrhagies. Ces épanchements surviennent presque toujours sans rupture ni érosion des parties, c'est-à-dire que, comme nous l'avons vu pour les membranes muqueuses, le sang est simplement exhalé. Ces hémorrhagies peuvent se produire dans toutes les membranes séreuses du corps; mais l'arachnoïde cérébrale est celle qui en est le siége le plus commun. Viennent ensuite, dans l'ordre de fréquence : la plèvre, le péritoine, la tunique vaginale du testicule, le péricarde, et l'arachnoïde rachidienne. Un épanchement plus ou moins considérable de sang dans une cavité séreuse est la seule lésion qui caractérise anatomiquement la maladie. Ce sang est le plus souvent coagulé, sinon en totalité, du moins en partie. On a eu tort de dire que, dans les hémorrhagies des séreuses, le sang était toujours liquide : il est mêlé parfois à de fausses membranes récentes ou anciennes, qui tantôt ont précédé et tantôt suivi la manifestation de l'hémorrhagie. La quantité de sang épanché est quelquefois très grande : ainsi M. Chomel a vu dans un cas le péricarde en contenir une pinte et demie. Dans le péritoine, l'épanchement peut être plus considérable encore. Le sang épanché subit ensuite diverses modifications avant d'être résorbé. Le plus souvent il s'isole et s'enkyste, comme cela arrive pour la plupart des corps étrangers. D'autres fois, étendu en nappe sur une plus ou moins grande surface, il se transforme en un tissu fibreux; parfois il se rapproche davantage, par son aspect, de la structure musculaire. Composé souvent de plusieurs couches distinctes, il subit ordinairement, surtout à sa surface libre, la transformation cartilagineuse ou osseuse. Enfin, les épanchements sanguins dont je parle s'organisent parfois en fausses membranes, dont la texture est identiquement la même que celle des séreuses avec lesquelles elles sont en contact.

Les hémorrhagies des membranes séreuses ont des signes bien obscurs, et dans la plupart des cas, elles ne sont reconnues qu'à l'ouverture des cadavres. Les principaux troubles qu'elles déterminent sont ceux qui résultent de la compression d'un organe important. Ainsi, l'hémorrhagie a-t-elle lieu dans la plèvre, il y a de l'oppression, un son mat, avec faiblesse ou absence du bruit respiratoire. Le péricarde est-il le siége de l'épanchement, comme dans le fait rapporté par M. Chomel, le malade a de l'orthopnée, le pouls devient irrégulier, les battements du cœur sont obscurs, il y a des défaillances et de l'œdème. Des signes de compression existent aussi du côté du cerveau dans l'hémorrhagie méningée, comme je l'exposerai bientôt avec plus de détails. En général, l'épanchement de sang dans les membranes séreuses ne réveille aucune

douleur vive. C'est du moins ce qu'on voit communément pour l'arachnoïde, pour le péricarde et la plèvre. Il n'en est peut-être pas de même pour le péritoine. Broussais parle, en effet, dans le tome III de ses *Phlegmasies chroniques*, de trois malades qui, ayant succombé rapidement après avoir éprouvé des douleurs abdominales violentes, avec sentiment de déchirement, n'offrirent à l'autopsie d'autres désordres pour expliquer ces symptômes qu'un épanchement considérable de sang exhalé dans le péritoine. Lorsque les accidents locaux sont aussi intenses, les malades sont dans une extrême agitation; leurs traits s'altèrent, leur pouls faiblit, et ils peuvent succomber au bout de quelques heures seulement. On conçoit aussi que si l'hémorrhagie était très grave, on observerait cette série de phénomènes qui accompagnent toutes les grandes pertes de sang; mais ceci n'a guère lieu que dans les hémorrhagies par rupture, lorsque, par exemple, un anévrisme ou un organe vasculaire, comme le poumon, la rate, le foie, viennent à se rompre par suite d'une violence extérieure ou par l'effort expansif d'une hémorrhagie interstitielle. Enfin, dans beaucoup de cas, l'effort hémorrhagique se faisant sur plusieurs surfaces à la fois, on voit l'hémorrhagie de la membrane séreuse coïncider avec celle de quelque muqueuse voisine : ainsi M. Chomel a observé que, dans presque toutes les hémorrhagies de la plèvre et du péricarde, il y avait eu hémoptysie simultanée. En somme, on voit combien est difficile, dans la plupart des cas, le diagnostic des hémorrhagies des membranes séreuses. Jusqu'à présent, il n'existe même aucun signe certain pour reconnaître les exhalations sanguines qui se font dans la plèvre, dans le péricarde et le péritoine. On pourra les deviner quelquefois; mais avec les données incomplètes que la science nous fournit maintenant, on ne saurait établir un diagnostic motivé.

Les hémorrhagies des membranes séreuses sont des affections généralement graves.

Les causes sous l'influence desquelles du sang est exhalé à la surface des séreuses sont fort obscures, ou plutôt elles sont absolument inconnues.

Dans les considérations que je viens de présenter sur les hémorrhagies des membranes séreuses par exhalation, je n'ai pas compris les membranes synoviales; cependant je les crois également susceptibles de devenir le siége d'une exhalation sanguine. Il est vrai qu'aucune ouverture de cadavres n'est venue mettre ce fait hors de doute; cependant on a vu des individus ayant une diathèse hémorrhagique éprouver tout-à-coup une douleur vive dans une ou plusieurs articulations à la fois, avec gonflement, et les signes d'un épanchement dans la capsule. Au bout de quelques jours, on remarquait de larges ecchymoses autour de la jointure; enfin les parties reprenaient leur état normal après sept ou quinze jours. J'ai rencontré moi-même un de ces individus chez le-

quel la diathèse hémorrhagique semblait se manifester surtout par des épanchements sanguins articulaires et de larges ecchymoses à la surface de la peau.

DES HÉMORRHAGIES MÉNINGÉES.

On nomme *hémorrhagie* ou *apoplexie méningée* un épanchement de sang qui se forme dans la grande cavité de l'arachnoïde, ou dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, ou bien enfin dans les ventricules cérébraux.

Historique. — Cette maladie, signalée par Morgagni, Wepfer, etc., n'a été complétement décrite que par les médecins modernes. Je citerai spécialement ici les travaux de MM. Serres, Rostan, Calmeil, Ménière, Cruveilhier, Rochoux, Littré, Andral, Longet, et surtout ceux de MM. Baillarger (thèse de 1837) et E. Boudet (*Journ. des conn. méd.-chirurg.*, de 1839). Enfin, plus récemment, MM. Rilliet et Barthez dans leur ouvrage, et M. Legendre dans le journal *la Revue* (1842 et 1843), ont étudié l'hémorrhagie méningée dans la période de l'enfance.

Anatomie pathologique. — On a cru pendant longtemps qu'un épanchement sanguin pouvait se faire entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde; mais M. le docteur Baillarger a le premier réfuté cette opinion, et a démontré que la grande cavité de l'arachnoïde était le siége le plus fréquent des hémorrhagies méningées. L'épanchement peut être circonscrit, mais le plus souvent il est diffus; il comprend les deux hémisphères, et siège ordinairement sur leur convexité. La quantité de liquide épanché varie depuis 40 grammes jusqu'à 1 kilogramme, mais le plus souvent elle oscille entre 125 et 187 grammes (Boudet); le sang est fluide ou en caillot suivant que la mort a été prompte ou lente. Lorsque les individus survivent quatre à cinq jours à l'hémorrhagie, on trouve le sang entièrement concrété, et le caillot circonscrit par une fausse membrane dont mon ami Baillarger a parfaitement décrit les caractères. Cette fausse membrane enveloppe le caillot; elle a donc la disposition d'une séreuse, c'est-à-dire qu'elle représente un sac sans ouverture, *adhérant presque toujours au feuillet pariétal de l'arachnoïde*, et se continuant sur les limites du foyer avec cette séreuse. C'est cette disposition si remarquable qui, avant M. Baillarger, en avait imposé à tout le monde et avait fait croire à la possibilité d'un épanchement entre la dure-mère et l'arachnoïde, épanchement qui me paraît être à peu près impossible. Cette fausse membrane peut, en vieillissant, acquérir plus de 2 millimètres d'épaisseur; sa face interne devient rugueuse, un appareil vasculaire s'y organise (Boudet); c'est par elle que s'opère progressivement l'absorption du caillot; mais quelquefois, devenant le siége d'un nouveau travail morbide, elle exhale de la sérosité ou même

du sang. C'est ce qui explique pourquoi dans le même kyste arachnoïdien on trouve parfois des caillots fibrineux, des caillots noirs, et du sang tout-à-fait fluide évidemment exhalé depuis peu. Enfin, à un degré plus avancé, le sang et la sérosité elle-même finissent par être absorbés, et il ne reste plus qu'une fausse membrane d'aspect séreux. L'hémorrhagie arachnoïdienne est presque toujours le produit d'une exhalation morbide, car on ne trouve aucune rupture vasculaire, quoique de graves autorités aient soutenu l'opinion contraire. Il y a pourtant une forme de la maladie dans laquelle l'épanchement succède à la déchirure d'une veine, d'un sinus (les sinus latéraux surtout), et plus souvent encore à la rupture d'une des artères de la base du crâne ; c'est ici une hémorrhagie secondaire ou symptomatique. Quelle que soit la cause de l'épanchement, celui-ci exerce sur le cerveau une compression proportionnée à son abondance; dans tous les cas, les circonvolutions sont très aplaties, parfois même on voit le cerveau présenter un enfoncement de plus de 3 centimètres au niveau du foyer sanguin. Cette disposition manque souvent chez les jeunes enfants; car, ainsi que l'a noté M. Legendre, lorsque l'ossification du crâne n'est pas encore complète, le cerveau n'est pas déprimé, tandis que la voûte crânienne, cédant à l'effort du liquide, se dilate comme dans l'hydrocéphalie.

Je ne parlerai pas en détail des cas où le sang s'est infiltré ou épanché dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, les faits de ce genre ayant été jusqu'à ce jour peu observés ou non décrits. Je dirai pourtant qu'il est rare que l'hémorrhagie se fasse primitivement dans ce point; presque toujours, en effet, l'épanchement du tissu sous-arachnoïdien est consécutif à la déchirure de la surface du cerveau par une apoplexie interstitielle. Ce que je dis ici s'applique également aux hémorrhagies des ventricules. Quoique du sang puisse être exhalé à leur surface, comme quelques faits semblent le prouver, cependant, dans la plupart des cas, l'épanchement ventriculaire est produit par le plexus choroïdien. Parfois on a pu constater des ruptures dans les vaisseaux qui forment ce réseau, mais plus souvent encore l'hémorrhagie des ventricules provient d'un foyer cérébral qui s'est fait jour dans les cavités. Quel que soit d'ailleurs le mode de formation des épanchements intra-ventriculaires, on voit le plus souvent l'hémorrhagie occuper les ventricules latéraux ; le septum étant détruit, ces deux cavités se trouvent réunies; le trigone lui-même est souvent déchiré. Dans quelques cas, enfin, on a vu le sang s'extravaser dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la moelle et du cerveau par l'orifice des cavités encéphaliques (trou de Magendie). Un fait rapporté par Abercrombie d'après Aitkin prouve qu'une hémorrhagie peut aussi se faire isolément dans le troisième et le quatrième ventricule. Dans ces épanchements, les parois ventriculaires sont tantôt intactes, tantôt ramollies et désorganisées; le sang

est fluide ou en caillots; il peut finir par être entièrement résorbé.

Je ne dirai rien de l'hémorrhagie de l'arachnoïde rachidienne, maladie encore peu connue, mais à laquelle on peut appliquer tout ce que je viens de dire pour l'hémorrhagie de l'arachnoïde cérébrale.

Symptômes, marche. — Il résulte des observations de M. Boudet que dans près de la moitié des cas (18 fois sur 41) il existe des signes précurseurs, tels que céphalalgie, assoupissement, engourdissement, vertiges, etc. L'invasion de la maladie a lieu presque toujours d'une manière subite (26 fois sur 33); le plus ou moins de rapidité de l'invasion est en rapport avec la rapidité et l'abondance de l'hémorrhagie. Si la maladie débute lentement, il y a de la céphalalgie, avec pesanteur de tête, tendance à l'assoupissement et au coma, ou bien agitation et délire; les sens deviennent obtus, les membres sont faibles et contracturés: cette faiblesse peut être bornée à une partie du corps. Puis le coma devient plus profond; la paralysie du sentiment et du mouvement est plus générale; enfin la mort arrive. Dans le cas où l'invasion est subite, les accidents peuvent être portés brusquement à leur summum d'intensité. Quoi qu'il en soit, les symptômes n'ont pas toujours une marche progressive : ainsi il est des malades chez lesquels les phénomènes de compression diminuent pendant quelques heures pour s'aggraver bientôt après; cette recrudescence dépend le plus souvent de ce qu'une nouvelle exhalation sanguine s'est faite.

Durée, terminaisons. — La maladie a une durée variable : elle peut être mortelle au bout de quelques minutes seulement; le plus souvent les malades survivent pendant quatre à cinq jours, rarement au-delà; cependant il est des individus qui ne succombent qu'au bout de plusieurs mois; enfin, dans quelques cas exceptionnels, les malades se rétablissent. En général, la gravité des symptômes, et leur marche plus ou moins rapide, est proportionnée à la quantité de sang épanché et au siége qu'il occupe.

En résumé, on voit que dans l'hémorrhagie méningée, celle du moins qui affecte l'adulte ou le vieillard, il existe fréquemment une paralysie plus ou moins étendue. Ce fait mérite d'autant mieux d'être constaté qu'un savant médecin, M. Serres, en avait autrefois nié la possibilité. Cependant, il est juste de convenir que, dans l'apoplexie méningée, la paralysie est un symptôme, sinon moins fréquent, du moins plus tardif que dans l'hémorrhagie cérébrale : ce qui tient sans doute au peu d'épaisseur qu'a la couche sanguine dans les premiers temps de la maladie. Un épanchement comprenant un seul hémisphère peut paralyser les deux côtés du corps; mais on ne voit jamais la paralysie limitée à un seul membre ou à une moitié de la face (Boudet).

Variétés. — L'hémorrhagie méningée paraît avoir une physionomie différente chez les jeunes enfants. A cet âge, la maladie peut suivre

une marche aiguë ou chronique. Dans le premier cas, on observerait, d'après M. Legendre, un appareil fébrile continu, s'accompagnant, dès le début, d'accidents convulsifs légers vers les yeux, à la suite desquels reste du strabisme. Il n'y a pas de constipation, et peu ou point de vomissements; mais bientôt apparaissent de la contracture aux pieds et aux mains, et des accès convulsifs cloniques, devenant d'autant plus violents qu'on approche davantage du terme fatal. Les malades sont assoupis; la sensibilité cutanée est un peu émoussée dans les derniers temps; mais, contrairement à ce qu'on voit chez l'adulte, il n'existe pas de paralysie. La maladie suit une marche rapide, mais la terminaison fatale est souvent provoquée par l'apparition d'une affection intercurrente, et surtout d'une pneumonie. Ailleurs, la maladie passe à l'état chronique, et alors ses symptômes sont à peu près ceux que nous décrirons plus tard en traitant de l'hydrocéphalie ventriculaire.

Diagnostic.— L'hémorrhagie méningée est une affection d'un diagnostic difficile. Lorsqu'elle survient brusquement, et qu'elle suit une marche toujours croissante, il sera impossible de la distinguer d'un épanchement cérébral ou d'une forte congestion. Nous rechercherons plus tard comment on pourra la différencier du ramollissement. Quoi qu'il en soit, l'existence de la contracture dès le début de la maladie, la marche irrégulière des principaux symptômes, tels que la diminution et l'aggravation subite du coma et de la paralysie, enfin l'augmentation graduelle des accidents, sont les circonstances principales à l'aide desquelles on pourra établir le diagnostic différentiel de la maladie. Quant au diagnostic du siége précis de l'épanchement, nous verrons, en parlant de l'hémorrhagie cérébrale, s'il est possible de l'établir.

L'hémorrhagie méningée rachidienne, qui est souvent précédée de signes de congestion cérébrale, est généralement marquée par une violente douleur occipito-vertébrale, avec renversement de la tête en arrière, douleurs dans les mouvements du cou, du dos, des lombes, mais *sans exaltation de la sensibilité des membres*, qui est conservée, tandis qu'il existe une paralysie plus ou moins complète du mouvement. Il ne faudrait pas pourtant considérer cette réunion de symptômes comme pathognomonique, car on ne l'a pas encore observée un nombre de fois suffisant pour être bien fixé sur sa valeur.

Pronostic. — L'hémorrhagie méningée est une maladie des plus graves. On doit la considérer comme étant plus fâcheuse encore que l'apoplexie cérébrale elle-même.

Étiologie. — L'hémorrhagie méningée, fréquente chez les aliénés, surtout chez les démens paralytiques, affecte l'homme à tous les âges de la vie. Elle n'est pas rare chez le nouveau-né, et elle paraît être une des causes qui produisent ce qu'on nomme l'*asphyxie des nouveaux-nés.* Il résulte des recherches de M. Boudet que l'hémorrhagie ménin-

gée est plus commune chez l'adulte, et surtout chez les vieillards, chez l'homme que chez la femme, au printemps que dans les autres saisons. La fréquence des congestions y prédispose; mais dans la plupart des cas, elle survient sans cause déterminante appréciable.

Traitement. — Il est le même que celui que nous exposerons bientôt pour l'hémorrhagie cérébrale.

DES SUEURS DE SANG OU DE L'HÉMATIDROSE.

Il existe dans la science un certain nombre d'observations authentiques qui démontrent que du sang a quelquefois été exhalé par la peau, et probablement par les mêmes voies que la sueur. Ces hémorrhagies ont rarement lieu par toute la surface du corps; mais dans la plupart des cas, elles ne sont que partielles. On les observe surtout dans les points dont la peau est blanche, fine, et souvent baignée de sueurs: tels sont la pulpe des doigts, les aisselles, les orteils, le cou, les côtés du nez, etc.; quelquefois enfin les sueurs de sang se font à la surface d'une ancienne cicatrice.

Symptômes, marche. — Cette hémorrhagie a lieu parfois sans prodromes; du sang suinte par gouttelettes plus ou moins nombreuses et serrées sur un point du corps; en l'essuyant, on ne constate le plus souvent aucune modification dans l'aspect ou la texture de la peau; d'autres fois l'hémorrhagie est précédée, dans les parties par où elle doit s'effectuer, de rougeur, de gonflement et de douleur, phénomènes qui disparaissent après l'hémorrhagie. Celle-ci n'a généralement qu'une durée tout-à-fait éphémère, comme quelques heures par exemple; elle est presque toujours peu considérable, et, à moins qu'elle ne soit générale, elle n'est jamais suivie d'anémie.

Cette espèce d'hémorrhagie est très sujette à récidiver, soit que l'exhalation sanguine se fasse toujours dans le même point, soit qu'elle ait lieu successivement sur différentes parties du corps. Cette maladie étant fréquemment liée à l'aménorrhée, il s'ensuit qu'elle se montre tous les mois d'une manière périodique; elle semble alors être supplémentaire des règles.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut offrir aucune difficulté. Il est inutile de dire que certains topiques, comme la verveine, peuvent colorer la sueur en rouge; mais, pour peu qu'on soit attentif, il est impossible qu'on commette une méprise.

Pronostic. — Le pronostic n'est jamais fâcheux, à moins que l'hémorrhagie n'occupe toute la surface du corps, et ne se lie à quelque condition grave de l'économie.

Etiologie. — Les sueurs de sang ont été vues, pour la plupart, chez les femmes jeunes, ou dans la période moyenne de la vie, et elles ont

coïncidé chez elles avec l'aménorrhée ou des règles insuffisantes. Nées quelquefois sous l'influence d'un état pléthorique, les sueurs de sang, surtout celles qui sont générales, surviennent souvent à la suite d'une vive commotion nerveuse, comme après un accès de colère et surtout de frayeur.

Traitement.— Cette hémorrhagie, étant presque toujours très peu considérable, ne réclame aucun traitement local. L'indication principale est de combattre la cause qui en a provoqué l'apparition : ainsi on fera cesser la pléthore, ou bien on rappellera une hémorrhagie supprimée. On donnera des sédatifs, des antispasmodiques si la maladie est l'effet d'une secousse morale. Lorsque aucune indication positive ne ressort de l'état symptomatique et de la considération des causes, on devra ne rien faire. Quelques médecins conseillent alors de favoriser l'apparition d'une hémorrhagie moins insolite, comme le serait, par exemple, un flux hémorrhoïdal. Mais je ne vois aucune espèce d'avantage à tenir une pareille conduite, car on risquerait de remplacer une hémorrhagie bénigne par une autre qui serait au moins incommode. Si pourtant (chose bien rare) les sueurs de sang étaient assez abondantes pour affaiblir les malades, on les modérerait par des applications froides et par la compression.

DES HÉMORRHAGIES INTERSTITIELLES OU DES APOPLEXIES.

Lorsque le sang, au lieu d'être exhalé à la surface d'une membrane, s'épanche violemment dans l'épaisseur des tissus, on dit alors qu'il y a *hémorrhagie interstitielle* ou *apoplexie*. Ce dernier mot, adopté d'abord par les anciens pour caractériser le début rapide d'une maladie qui expose à une mort immédiate, fut ensuite consacré pour désigner toutes les affections du cerveau qui se manifestent par la perte subite du sentiment et du mouvement dans une ou plusieurs parties du corps ; d'autres le réservaient aux cas seulement où ces accidents dépendaient d'une hémorrhagie dans la substance cérébrale. Ainsi, jusqu'à nos jours, le mot *apoplexie* n'a eu qu'un sens purement *symptomatique*. Aujourd'hui, au contraire, la plupart des médecins semblent ne vouloir lui donner qu'un sens *anatomique*, en le consacrant pour exprimer tous les épanchements de sang qui se forment brusquement et spontanément dans l'épaisseur de nos organes ou de nos tissus. Il n'est pas d'organe de l'économie dans lequel on n'ait observé les hémorrhagies dont je parle, mais c'est dans le cerveau et les poumons qu'elles sont le plus communes ; viennent ensuite la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles de la vie de relation, le placenta, le foie, la rate, l'utérus, les reins, le cœur. Quel que soit d'ailleurs l'organe, le sang, en s'épanchant dans les tissus, écarte nécessairement leurs fibres ou les mailles qui les constituent,

et le plus souvent même il les rompt violemment. Le liquide ainsi extravasé forme un véritable corps étranger qui peut être la cause de plusieurs lésions consécutives; dans la plupart des cas cependant il est résorbé peu à peu, ou bien il subit diverses transformations organiques que nous indiquerons dans chacun des cas particuliers. Enfin le point de l'organe où l'épanchement s'est fait, et qui a été déchiré ou tout au moins tiraillé, devient lui-même le siége d'un travail réparateur que nous ferons connaître.

DE L'HÉMORRHAGIE OU APOPLEXIE CÉRÉBRALE.

SYNONYMIE. — Apoplexie, hémato-encéphalie; *apoplexis*, *apoplexia*, *sideratio*, *attonitus morbus*, etc.

On donne le nom d'*hémorrhagie* ou d'*apoplexie cérébrale* à un épanchement plus ou moins considérable de sang dans la substance du cerveau, et qui est caractérisé pendant la vie par la suspension subite et plus ou moins complète de l'intelligence, du sentiment et du mouvement dans une ou plusieurs parties du corps.

Historique. — L'histoire de cette affection remonte aux premiers temps de la médecine. Les médecins de l'antiquité avaient décrit plus ou moins exactement ses symptômes et sa marche; mais, privés des lumières de l'anatomie pathologique, ils en ignoraient la nature et les causes: aussi l'avaient-ils confondue facilement avec plusieurs autres maladies des centres nerveux. Ce n'est seulement que depuis les travaux de F. Hoffmann, de Wepfer, de Valsalva et de Morgagni que nous avons quelques connaissances positives sur les hémorrhagies des centres nerveux. Morgagni surtout a non seulement mieux précisé le siége de cet épanchement sanguin, mais ce fut lui qui le premier démontra les rapports qui existaient entre les lésions cadavériques et les symptômes observés pendant la vie. Depuis ce grand médecin, les hémorrhagies cérébrales ont été l'objet de travaux remarquables parmi lesquels nous mentionnerons ceux de MM. Moulin, Riobé, Andral, Cruveilhier, Rostan, Gendrin, et la monographie bien faite du docteur Rochoux.

Anatomie pathologique. — La présence d'une quantité plus ou moins considérable de sang dans la substance du cerveau est le caractère anatomique de l'hémorrhagie cérébrale. Celle-ci ne se rencontre pas avec une égale fréquence dans toutes les parties de l'organe: ainsi MM. Rochoux et Andral ont démontré par des relevés statistiques que les corps striés et les couches optiques sont le siége le plus ordinaire des épanchements; viennent ensuite la portion des hémisphères située au-dessus du centre ovale de Vieussens, les lobes latéraux du cervelet, les lobes antérieurs du cerveau, etc. D'ailleurs la maladie ne paraît pas être sensiblement plus fréquente dans l'hémisphère droit que dans l'hémisphère

opposé. Les parties blanches centrales, toutes celles qui renferment beaucoup de substance médullaire et peu de substance grise, sont celles qui sont le moins sujettes aux épanchements sanguins. Ceux-ci ne sont pas très rares dans la substance corticale des circonvolutions.

Lorsqu'on ouvre le crâne d'un individu qui a succombé à une hémorrhagie cérébrale, on ne trouve en général rien de remarquable à la superficie du cerveau ; cependant, si l'épanchement est considérable et voisin de la surface, les circonvolutions seront aplaties, et souvent en pressant sur le cerveau on pourra percevoir plus ou moins distinctement le phénomène de la fluctuation. Lorsqu'après la section des couches saines du cerveau, qui souvent sont plus ou moins hypérémiées, on est parvenu à mettre à découvert le foyer sanguin, on constate des désordres qui varient suivant le temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis le début des premiers accidents jusqu'au moment de la mort. Si celle-ci arrive dans les trois ou quatre premiers jours de la maladie, on trouve le sang épanché sous la forme d'un caillot noirâtre, mou, presque diffluent et mêlé à des fragments de tissu cérébral ramolli ; son poids varie; il est rarement moindre de 4 grammes, il s'élève le plus souvent à 16, 32 et 64 grammes. Les cas où il existe 187 et 218 grammes ne sont pas très rares ; on a même vu le foyer occupant un hémisphère entier contenir plus de 250 grammes de sang. Entre le sixième et le huitième jour, le caillot diminue de volume; il est plus résistant, d'un noir moins foncé; la sérosité qu'il contient est résorbée ou s'infiltre dans le tissu cérébral. Vers le quinzième jour, il a déjà une texture fibrineuse ; après un mois, il est revenu sur lui-même, il est dense, rougeâtre, parfois presque décoloré ou jaunâtre ; il est alors immédiatement appliqué contre les parois du foyer, ou bien il nage dans une quantité plus ou moins considérable de sérosité citrine ou rougeâtre. Enfin le caillot peut finir par disparaître au bout d'un temps indéterminé et qui varie suivant les individus. La rapidité de l'absorption est d'ailleurs d'autant plus grande que la personne est plus jeune et que l'épanchement a été moins considérable. Dans quelques cas, autour des caillots fibrineux, existe encore une couche plus ou moins épaisse de sang noir, fluide, tel qu'on le rencontre dans les trois ou quatre premiers jours de la maladie. Cette disposition indique qu'une double hémorrhagie a eu lieu : la première, à une époque déjà éloignée, est représentée par le caillot fibrineux, tandis que la seconde, caractérisée par les caillots noirâtres, n'a dû se faire qu'à un moment assez voisin de la mort.

Des changements non moins remarquables ont lieu dans le foyer apoplectique. Lorsque celui-ci est récent, ses parois sont déchirées, inégales et imprégnées de sang ; en les examinant sous l'eau, on voit flotter des lambeaux de substance cérébrale à peine adhérents. Ces parois offrent en outre un aspect tomenteux formé en grande partie par l'extrémité

des vaisseaux déchirés ; tel est l'état de toute caverne récente. Du sang ne peut s'épancher dans le cerveau sans en déchirer les fibres, et il serait oiseux de réfuter ici l'opinion de quelques auteurs qui prétendent que certains foyers apoplectiques peuvent être constitués par un simple écartement des fibres de l'organe. L'étendue du foyer est en rapport avec le volume du caillot ; sa cavité, généralement sphérique, est plus ou moins anfractueuse ; le plus souvent isolée, elle peut, comme nous l'avons déjà dit, communiquer avec les ventricules et avec le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les parois qui circonscrivent le foyer sanguin sont généralement injectées, rougeâtres et ramollies à une profondeur de 2 à 7 millimètres. A la couleur rouge succède vers le troisième jour une coloration d'un jaune serin pâle, qui augmente jusqu'au quinzième jour ; c'est là une véritable ecchymose du cerveau, qui indique déjà un commencement d'absorption. Cependant la cavité devient bientôt moins irrégulière, et ses parois perdent peu à peu leurs inégalités. Vers le vingtième jour, tantôt plus tôt, tantôt plus tard, on peut constater l'existence d'une sorte de membrane couenneuse rougeâtre et molle, très vasculaire, qui finit au bout d'un temps plus ou moins long par revêtir les caractères du tissu séreux, duquel elle diffère pourtant par plus d'épaisseur (elle peut avoir 2 millimètres) et de densité : on la sépare plus ou moins facilement du tissu cérébral. Cette poche est baignée par une sérosité citrine ou rougeâtre qu'elle a exhalée en grande partie, et qui en ramollissant et dissolvant le caillot en favorise ainsi la résorption. La capacité du kyste diminue progressivement ; ses parois se rapprochent peu à peu ; elles peuvent finir par s'accoler, par adhérer entre elles et former une cicatrice linéaire, au niveau de laquelle le tissu cérébral est plus ferme et conserve une coloration jaunâtre, grise ou brun foncé. Cependant une guérison aussi parfaite est tellement rare, qu'Abercrombie ne l'a jamais observée. Dans la plupart des cas, en effet, les parois du kyste sont rapprochées, mais n'adhèrent pas immédiatement entre elles. On voit alors tantôt des filaments celluleux ou fibreux, qui vont d'une paroi à l'autre et forment une sorte de tissu à mailles plus ou moins serrées et infiltrées d'un liquide séreux ou gélatiniforme ; plus souvent encore c'est un petit kyste séreux, une sorte de ventricule supplémentaire qui persiste toute la vie. En général, la cicatrice du foyer n'amène aucun changement dans la configuration du cerveau ; cependant, lorsque la perte de substance a été très considérable, il existe un ratatinement de l'organe qui cesse alors de remplir entièrement la boîte crânienne, et l'espace qu'il laisse est comblé par de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

En général, on ne trouve qu'un seul foyer ; cependant dans quelques cas il en existe plusieurs, on en a compté jusqu'à seize. Mais il est très rare que tous aient été produits en une seule fois ; presque toujours,

au contraire, ils marquent le nombre exact d'attaques qui ont eu lieu, et d'après l'état qu'ils présentent on peut parfois déterminer leur degré d'ancienneté relative.

Les foyers apoplectiques varient peu entre eux, quelles que soient les parties de l'encéphale dans lesquelles on les observe. Ainsi, dans les apoplexies du cervelet, le caillot et la fausse membrane présentent les mêmes dispositions que dans les épanchements sanguins qui siègent dans les hémisphères cérébraux. Les foyers du mésocéphale seuls offrent quelques différences : ainsi, ils sont presque toujours très peu considérables ; parfois le sang n'est qu'infiltré entre les plans nerveux qui constituent le mésolobe (Howship et Abercrombie). Enfin, si l'épanchement est abondant, il peut fuser à travers un des pédoncules cérébraux jusque dans une couche optique (Rochoux), ou bien le foyer communique avec le quatrième ventricule (Ollivier et Gendrin).

A l'autopsie des sujets morts d'hémorrhagie cérébrale on trouve souvent des ossifications dans les artères du cerveau, et surtout dans les vaisseaux qui rampent à la base de l'organe ou qui pénètrent dans les corps striés et les couches optiques. Cette altération, et à son défaut la structure des artères encéphaliques, l'extrême ténuité de leurs parois, qui sont presque dépourvues de tunique celluleuse, expliquent la fréquence des hémorrhagies interstitielles. Mais cependant il est rare qu'on puisse démontrer par la simple inspection anatomique ou même par les injections, la rupture du vaisseau. Nous n'avons pu jamais en découvrir.

Symptômes. — La plupart des apoplexies cérébrales débutent brusquement ; mais un dixième environ des individus présentent quelques prodromes : ce sont le plus souvent un peu de pesanteur de tête, de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements, une tendance insolite au sommeil, une obtusion de l'intelligence ou des sens, des fourmillements, etc. Les symptômes propres à l'hémorrhagie cérébrale diffèrent suivant le siége et l'abondance de l'épanchement. Lorsque celui-ci est considérable et qu'il occupe les parties centrales, les malades tombent subitement comme foudroyés ; ils sont aussitôt privés de connaissance, de mouvement, et souvent de sensibilité ; leur respiration est rare ou fréquente, embarrassée et stertoreuse ; souvent il y a des évacuations involontaires : on dit alors que l'apoplexie est *foudroyante*. Il est rare dans ces cas que la mort soit instantanée ; la plupart des malades vivent encore un jour, ou tout au moins trois ou quatre heures, et succombent sans qu'on observe aucune diminution dans les symptômes. Cependant l'hémorrhagie cérébrale ne débute pas communément avec autant d'intensité : alors l'épanchement est moins abondant ; les malades tombent, comme tout-à-l'heure, privés de mouvement, de sensibilité et d'intelligence ; la respiration est lente ; le pouls, large, est le plus souvent d'une

lenteur remarquable ; quelquefois pourtant il est plus ou moins accéléré. La plupart n'offrent point une résolution de tous les membres, mais seulement une paralysie qui n'occupe qu'une moitié du corps ; souvent la sensibilité n'est qu'obtuse ; parfois même elle est intacte. Enfin la perte de connaissance n'est que momentanée, c'est-à-dire qu'après quelques heures et au plus tard deux ou trois jours d'un état comateux, les individus reprennent en partie l'usage des sens et de leur intelligence. Il est encore des malades qui, au moment de l'attaque, n'éprouvent qu'une sorte d'étourdissement ou de vertige qui les fait tomber, s'ils sont debout ; mais ils conservent la plénitude de leur raison, et quand on les relève, on constate qu'ils sont *hémiplégiques*, c'est-à-dire paralysés d'une moitié du corps. Dans quelques cas, cette paralysie est incomplète, ou bien elle est bornée au membre supérieur ou inférieur ; ou bien il n'y a qu'un peu de déviation de la face et un peu d'embarras de la parole. Enfin il est des individus qui, étant frappés d'hémorrhagie cérébrale pendant le sommeil, ne sont pas réveillés ; ils continuent à dormir paisiblement, et à leur réveil, qui se fait comme de coutume, et souvent au moment où ils font effort pour sortir de leur lit, ils s'aperçoivent qu'ils sont paralysés d'une moitié du corps.

En somme, quel que soit le degré de l'épanchement, celui-ci a pour effet constant d'abolir, ou du moins d'affaiblir la motilité, et presque toujours aussi la sensibilité dans une partie du corps. Ce sont là, à proprement parler, les seuls symptômes qui soient constants. Les troubles de la motilité consistent dans la paralysie complète ou incomplète des muscles de toute une moitié du corps ; les membres ne peuvent plus se mouvoir : si on les soulève et qu'on les abandonne ensuite à leur propre poids, ils retombent comme des masses inertes. En général, la paralysie est plus complète dans le membre supérieur que dans le membre inférieur, qui exécute souvent quelques légers mouvements, tandis que le bras reste dans l'immobilité la plus absolue. La commissure labiale est souvent tirée du côté sain, par suite de l'affaiblissement des muscles du côté opposé correspondant à la paralysie. Ce symptôme ne devient souvent évident que lorsque le malade parle, rit ou grimace. Il est d'ailleurs très irrégulier ; il peut être très marqué dans les hémorrhagies légères, et manquer tout-à-fait dans celles qui sont graves. Il en est de même de la paralysie de la langue, qui se révèle tantôt uniquement par un embarras dans la parole, et plus rarement par une déviation de l'organe. Celui-ci, en effet, étant tiré hors de la bouche, on voit parfois sa pointe s'incliner vers le côté du corps correspondant à la paralysie des membres, phénomène qu'on peut expliquer en supposant, avec M. Lallemand, que le génio-glosse du côté de la paralysie étant lui-même plus ou moins paralysé, la langue n'est tirée de la bouche que par la contraction du génio-glosse opposé. Celui-ci n'ayant point d'anta-

goniste, attire fortement de son côté la base de la langue, et ce mouvement a pour effet nécessaire de dévier la pointe du côté opposé. Quoi qu'il en soit, la déviation de la langue est un phénomène, sinon rare, du moins peu ordinaire ; la paralysie des paupières et des muscles moteurs du globe oculaire est un phénomène plus rare encore. Enfin les muscles du larynx sont encore moins souvent affectés que les précédents ; leur paralysie se traduit par une aphonie plus ou moins complète. La paralysie peut affecter aussi les muscles de la vie organique : c'est ainsi que dans les apoplexies fortes il y a dysphagie. Mais le plus souvent la paralysie n'affecte que le rectum et la vessie, et il en résulte, soit une rétention d'urine, soit la sortie involontaire de ce liquide et des matières fécales.

Les lésions de la sensibilité sont bornées le plus souvent aux membres paralysés, qui sont le siége de fourmillements, d'engourdissements, ou bien la peau est insensible ou moins sensible que de coutume aux irritations ou aux excitations extérieures. Dans quelques cas fort rares, on a vu pourtant la paralysie du sentiment être plus étendue que celle du mouvement. Quoi qu'il en soit, la perte de sensibilité peut être telle que lorsque la peau de ces parties devient le siége d'une affection inflammatoire, comme un érysipèle, les malades peuvent n'éprouver aucune douleur, même lorsqu'on exerce une pression assez forte. Les sens peuvent être plus ou moins altérés : ainsi quelques malades perdent entièrement la vue ; mais cela n'a lieu que dans les hémorrhagies très graves ; plus souvent la cécité est bornée à un seul œil ; elle affecte tantôt l'œil situé du même côté que l'épanchement, tantôt l'œil du côté opposé, variations qui s'expliquent par la raison que les nerfs optiques sont tantôt entrecroisés, tantôt simplement accolés. Enfin on voit beaucoup d'apoplectiques dont une des narines cesse d'être impressionnée par les odeurs ; la muqueuse de Schneider, comme la muqueuse oculaire, peut aussi être privée de sa sensibilité tactile, et devenir insensible à l'action des corps extérieurs. D'autres perdent l'ouïe, et quelques uns enfin ont une moitié de la langue qui ne perçoit plus les saveurs. Tels sont les symptômes qui sont immédiatement liés à la présence d'un épanchement sanguin dans le cerveau.

Pour terminer le tableau de la maladie, nous dirons que chez la plupart des malades la respiration est lente, facile ; le pouls, large, a une fréquence médiocre, à moins de complication. Il y a une constipation plus ou moins opiniâtre ; la face porte une empreinte de stupeur ; elle est souvent rouge, injectée, vultueuse ; parfois, au contraire, elle est pâle.

Les symptômes précédents offrent, comme on a vu, un degré d'intensité variable, suivant que l'hémorrhagie est faible, moyenne ou grande ; et généralement il y a un rapport direct entre la gravité des symptômes

et l'étendue des lésions. Mais on a prétendu aussi qu'il existait des signes spéciaux, suivant que l'hémorrhagie avait lieu dans le cerveau, dans le cervelet ou le mésocéphale. Cette opinion ne nous semble pas jusqu'à présent être justifiée par des faits nombreux, et les auteurs qui ont prétendu trouver quelques signes diagnostiques n'ont jamais invoqué que quelques faits isolés, ou se sont appuyés sur des données physiologiques insuffisantes : c'est ce que nous démontrerons au diagnostic différentiel.

Marche, durée, terminaison. — Nous n'avons plus à nous occuper ici des cas assez rares où l'hémorrhagie cérébrale produit la mort presque instantanément, ou bien au bout d'une ou quelques heures seulement. Lorsque la maladie a une marche moins rapide, sa terminaison peut être favorable ou funeste. Dans le premier cas, on voit tantôt la maladie, parvenue d'emblée à son apogée, ne faire aucun progrès; d'autres fois, au contraire, il y a pendant quelques jours une période d'augment. Ainsi tel malade qui, au début, n'éprouvait qu'un peu d'affaiblissement ou d'engourdissement d'une moitié du corps, finit par avoir une paralysie complète ; et celle-ci s'établit tantôt progressivement, tantôt, au contraire, les parties qui étaient seulement affaiblies tombent brusquement dans la résolution. Lorsque l'apoplexie s'accompagne de l'abolition des facultés intellectuelles, on voit, comme premier signe d'amélioration, les malades sortir de l'état comateux dans lequel ils étaient plongés, et commencer à se mettre en rapport avec le monde extérieur. Lorsque la maladie doit avoir une heureuse issue, il est rare que la perte de connaissance dure plus de deux à quatre jours. Le pouls revient alors à son rhythme, et l'appétit renaît. Quand l'hémorrhagie a été assez abondante, ces signes d'amélioration sont les seuls qu'on observe pendant une ou plusieurs semaines, et ce n'est qu'au bout d'un temps assez long qu'on voit diminuer les symptômes de paralysie; la sensibilité, si elle a été abolie ou diminuée, renaît avant la motilité. La parole devient plus libre, la face est moins déviée; bientôt les membres sont le siége de fourmillements; le mouvement renaît d'abord dans le membre inférieur, et plus tard dans le membre supérieur, le retour de la sensibilité suit la même marche. L'amélioration se fait toujours fort lentement. Si la paralysie a été complète, il est rare que les individus soient guéris avant cinq ou six mois; cela, d'ailleurs, n'a guère lieu que chez les jeunes sujets. Les membres reprennent alors toute leur motilité et leur sensibilité ordinaires. On cite quelques cas d'hémiplégiques chez lesquels le mouvement se serait rétabli complétement, tandis qu'ils auraient conservé toute leur vie une paralysie de sentiment. Mais ces faits sont extrêmement rares, et le contraire est plus souvent observé. Après quarante ans, les individus restent plus ou moins infirmes : ainsi, n'ayant recouvré qu'incomplétement l'usage des membres inférieurs, ils marchent en fauchant, et avec

plus ou moins de difficulté. Le membre supérieur est plus impotent encore ; l'avant-bras reste dans une demi-flexion, les doigts sont fortement fléchis dans la paume de la main ; le membre s'atrophie, s'œdématie, sa température diminue, et prend une couleur violacée, phénomènes qui dépendent de la langueur de la nutrition ; enfin les articulations sans cesse immobiles finissent même par s'ankyloser. Les facultés intellectuelles sont rarement aussi complètes qu'avant l'attaque. Chez la plupart des malades la mémoire est affaiblie ; d'autres se rappellent les choses passées, tandis que les événements présents sont de suite oubliés. Il en est qui perdent l'usage de telle ou telle partie du discours, comme les substantifs, les adjectifs ou les verbes. Enfin beaucoup tombent dans l'enfance, ils pleurent, rient sans motifs, présentent tous les symptômes d'une démence sénile, et succombent à une nouvelle attaque, à un ramollissement consécutif, ou à quelque complication étrangère au cerveau. Lorsque l'hémorrhagie a une issue funeste, beaucoup d'individus succombent du troisième au huitième jour sans recouvrer connaissance ; d'autres reprennent leurs sens, mais ce n'est que pour un temps fort court, et ne tardent pas à retomber dans l'état comateux. La paralysie alors persiste, devient plus complète et s'étend ; les yeux sont fermés, les pupilles sont immobiles, la respiration est gênée et stertoreuse ; à chaque mouvement d'expiration, les joues sont gonflées, et l'air, en sortant, repousse la lèvre supérieure, comme dans l'action de fumer. Le pouls s'accélère, devient petit, irrégulier ; la face est pâle, les lèvres s'encroûtent de fuliginosités, la déglutition ne se fait plus à cause de la paralysie du pharynx et de l'œsophage, les urines et les matières fécales s'échappent involontairement, enfin la mort arrive.

Récidives. — L'hémorrhagie cérébrale est une des maladies qui récidivent le plus souvent ; presque tous les individus qui ont échappé à une première hémorrhagie finissent par succomber à une nouvelle attaque. Ces récidives ont lieu à une époque plus ou moins rapprochée : ainsi quelquefois une nouvelle hémorrhagie frappe le malade lorsque les principaux symptômes du premier épanchement ont à peine commencé à diminuer. En général, il se passe plusieurs mois ou plusieurs années entre chaque récidive. Les hémorrhagies qui ont ainsi lieu successivement se forment le plus souvent dans le même hémisphère, et fréquemment dans le voisinage du premier foyer. Cependant il n'est pas rare de voir l'épanchement se faire dans un point éloigné, ou même dans l'hémisphère opposé.

Complications. — L'épanchement sanguin du cerveau peut donner naissance à plusieurs complications qui viennent modifier d'une manière importante les symptômes de la maladie principale. La complication la plus fréquente est le ramollissement des parois du foyer sanguin. Cette lésion survient, le plus souvent, dans le premier septénaire ; elle est

caractérisée par une céphalalgie vive ou obtuse, et bornée en général à un point assez circonscrit. On constate aussi de la roideur, des mouvements convulsifs et de la contracture dans les membres paralysés, avec ou sans douleurs vives, phénomènes qui alternent souvent avec une résolution complète de ces mêmes parties. En même temps le pouls s'accélère, il y a une chaleur fébrile, les malades tombent dans le coma et succombent. Toutefois, la complication dont je parle est loin d'être toujours mortelle. Chez d'autres malades, un épanchement séreux se forme dans les ventricules et dans le tissu sous-arachnoïdien, lésion qui coïncide généralement avec des signes d'une compression cérébrale. Une arachnitis peut encore survenir ; cette complication est une des plus rares. Enfin, un grand nombre d'affections étrangères au cerveau peuvent se développer. Je citerai en particulier la diarrhée, qui épuise les forces ; la pneumonie, dont le développement s'explique par la faiblesse et le décubitus ; enfin, des escarres au sacrum et au trochanter, dont la chute est suivie d'une abondante suppuration qui épuise les malades.

Diagnostic. — Dans le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale il faut, 1° distinguer l'affection de toutes les maladies avec lesquelles elle a quelque rapport ; 2° déterminer son siége ; 3° indiquer les complications. Parmi les affections cérébrales il n'y a guère que le ramollissement, la congestion et l'hémorrhagie méningée qui puissent être confondues avec l'apoplexie. Nous dirons plus tard à quels signes on distinguera celle-ci du ramollissement primitif. Quant à la congestion, nous avons vu qu'elle s'accompagne fréquemment de tous les symptômes des hémorrhagies : aussi ne peut-on arriver au diagnostic différentiel qu'en comparant la marche des accidents dans l'une et dans l'autre. Ainsi, dans la première, les symptômes graves qui semblaient menacer la vie diminuent ou cessent complétement au bout de quelques minutes, ou de quelques heures, ou, au plus tard, de quelques jours, tandis que, dans tous les cas d'hémorrhagie, nous avons vu que la marche était infiniment plus lente et que la guérison n'était presque jamais complète. Si l'hémorrhagie méningée est tout-à-coup abondante, elle produira des symptômes de compression brusque, qui ne différeront pas de ceux que détermine l'épanchement intra-cérébral : aussi le diagnostic différentiel est-il alors, le plus souvent, à peu près impossible. Cependant M. Boudet pense qu'on pourra distinguer les deux maladies, la comparaison d'un grand nombre d'observations lui ayant appris que l'épanchement de sang dans les membranes du cerveau déterminait aussitôt de la contracture, tandis que dans l'hémorrhagie cérébrale ce symptôme ne survenait qu'après le développement du ramollissement consécutif autour du foyer apoplectique. Mais c'est là un caractère sur la valeur duquel je ne suis pas encore suffisamment édifié. Si, au lieu d'être brusque, l'hémorrhagie méningée se fait lentement, la paralysie et les

autres symptômes de compression suivront la même marche ; d'ailleurs la paralysie, comme le coma, offre des intermittences. La considération de ces circonstances suffira pour distinguer les deux maladies que je compare actuellement. Il y a des apoplexies nerveuses ou *sine materia*, et qui produisent tous les symptômes des hémorrhagies cérébrales. J'ai observé, avec M. Chomel, un fait de ce genre, et je conviens qu'il n'y a aucun moyen pour éviter l'erreur ; mais ces cas sont tellement rares qu'on pourra en faire de suite abstraction, lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale. Enfin des maladies plus ou moins étrangères au cerveau peuvent simuler une hémorrhagie encéphalique ; ce sont surtout : l'ivresse, la syncope, l'asphyxie et la rupture d'une tumeur anévrismale. (Voir ces affections.)

Une fois fixé sur l'existence d'une hémorrhagie, le médecin cherchera à préciser le siége de l'épanchement ; il y parviendra d'après le siége même de la paralysie. Ainsi, des faits innombrables ont prouvé que l'épanchement cérébral occupait l'hémisphère opposé au côté paralysé ; c'est-à-dire que pour une hémorrhagie de l'hémisphère droit, il y a une paralysie du côté gauche. Cette action croisée s'explique par l'entrecroisement des pyramides ; on sait, en effet, que les fibres de droite vont dans l'hémisphère gauche du cerveau, et *vice versâ*. Cependant cette explication, qui est bonne pour la paralysie des membres, est défectueuse pour celle de la face. Il faudrait, en effet, d'après cette théorie, que la face fût paralysée du même côté que l'épanchement, puisque les nerfs de cette partie naissent *au-dessus de l'entrecroisement*. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait n'en subsiste pas moins. Cependant il existe dans la science quelques observations authentiques dans lesquelles la paralysie a eu lieu du côté même de l'épanchement ; mais ces faits sont trop exceptionnels pour nous empêcher, dans un cas donné d'hémiplégie, d'affirmer que l'épanchement siége dans l'hémisphère du côté opposé. Mais nous est-il possible de localiser encore mieux la maladie? peut-on, par exemple, affirmer que l'épanchement occupe le lobe moyen ou antérieur, le corps strié ou la couche optique, la corne d'Ammon ou les circonvolutions, etc., d'après le siége et les limites de la paralysie? Je regarde cette localisation comme impossible dans l'état actuel de la science. Les faits qu'on a invoqués en leur faveur sont en trop petit nombre, et sont contredits par des observations beaucoup plus nombreuses, comme on peut s'en convaincre par les relevés de M. Andral, ainsi que par l'opuscule du docteur Finck, publié, en 1830, à Fribourg-Brisgaw, et dans lequel les prétentions des localisateurs sont jugées par une statistique faite sur une très grande échelle. Non seulement on ne peut localiser l'épanchement dans telle ou telle partie du cerveau, mais il n'existe même aucun groupe de symptômes à l'aide desquels on puisse déterminer sûrement si l'épanchement est situé dans

le cerveau, le cervelet ou la protubérance. En effet, l'amaurose, le coma, la paralysie du sentiment avec conservation du mouvement, l'impulsion invincible à marcher ou à tourner dans un sens; enfin, l'excitation des organes génitaux chez l'homme ont été tour à tour considérés comme des signes d'une hémorrhagie cérébelleuse. Mais, je le répète, rien n'est encore démontré à ce sujet. D'ailleurs l'hémorrhagie du cervelet, quand elle siège dans le lobe médian, produit l'hémiplégie ou une paralysie générale, et elle tue assez rapidement, probablement à cause de la compression de la moelle. Lorsque l'épanchement siège dans un des lobes latéraux, il y a, en général, hémiplégie dans le côté opposé du corps; cependant il n'est pas très rare d'observer la paralysie directe, ce qu'on a expliqué par le non-entrecroisement des cordons postérieurs de la moelle qui vont s'épanouir dans le cervelet. Une paralysie générale et subite, et parfois précédée de mouvements convulsifs, l'immobilité complète, des symptômes asphyxiques et une mort rapide, doivent faire *supposer* que l'hémorrhagie a son siége dans la protubérance. Je dis *supposer*, car les mêmes accidents se retrouvent dans les apoplexies graves du cerveau et du cervelet. D'autres fois, l'hémorrhagie de la protubérance, exactement circonscrite dans une de ses moitiés, n'a produit qu'une hémiplégie ordinaire; chez d'autres, on a observé une contracture des membres, comme dans les hémorrhagies méningées. D'où nous concluons, avec les auteurs du *Compendium de médecine*, que, les symptômes pris isolément ou dans leur ensemble, il n'en existe aucun qui puisse faire distinguer l'hémorrhagie du mésocéphale des autres espèces d'hémorrhagies.

Pronostic. — L'hémorrhagie encéphalique est une maladie toujours grave; elle tue en effet, dès la première attaque, le tiers ou le quart de ceux qu'elle frappe, et la plupart des individus qui échappent une première fois restent infirmes, impotents, jusqu'à ce qu'une nouvelle hémorrhagie ou un ramollissement consécutif les emporte. En général, le pronostic devient plus grave à mesure que les hémorrhagies se répètent. Ainsi, quoiqu'on cite des individus qui ont eu quinze ou seize attaques, cependant il importe de dire que ces cas sont infiniment rares, et que la plupart de ceux qui sont frappés trois ou quatre fois n'en reviennent point. D'ailleurs le pronostic de la maladie variera suivant la nature des symptômes, les complications, l'âge et la constitution des sujets : ainsi, le coma profond, la résolution des membres, une respiration entrecoupée, stertoreuse, l'impossibilité de la déglutition, la décomposition des traits, l'accélération fébrile du pouls, sont les symptômes du plus fâcheux augure. Lorsque la perte de connaissance se prolonge au-delà de trois ou quatre jours, il est probable que la maladie aura une issue funeste. L'accélération du pouls, la chaleur de la peau, sont aussi des signes fâcheux; ils coïncident en général avec le développement de

la contracture et se lient presque toujours à un ramollissement du foyer. Toutes choses égales d'ailleurs, la gravité de la maladie augmente avec le nombre des années : ainsi, sur trente et un apoplectiques dont parle M. Rochoux, et qui avaient plus de soixante-dix ans, tous ont succombé. Le petit nombre de vieillards qui résistent à la première attaque, restent infirmes et tombent dans l'enfance; quelques rares exceptions ne sauraient détruire la règle générale que je viens d'établir. L'apoplexie cérébrale offre aussi plus de gravité chez les sujets sanguins, pléthoriques, en raison de la facilité plus grande avec laquelle la maladie récidive chez eux.

Etiologie. — Les causes de l'hémorrhagie sont nombreuses. Quoique cette maladie puisse affecter les individus peu de jours après la naissance (Billard, Sestier, Vernois, Cazalis), on peut dire pourtant qu'elle est rare avant l'âge de trente ans; elle devient au contraire assez commune entre cinquante et soixante, mais elle paraît avoir son maximum de fréquence de soixante à soixante-dix ans (Rochoux). Les opinions les plus contradictoires ont été émises sur l'influence du sexe; mais il résulte des relevés de M. Falret que l'hémorrhagie cérébrale est presque trois fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Quoique la maladie sévisse chez les sujets de toute constitution, quoique les individus d'un tempérament sec et nerveux deviennent souvent apoplectiques, il est cependant reconnu que les personnes replètes, grasses, pléthoriques, qui ont une tête grosse, un cou court, la face très injectée, sont plus spécialement exposées à l'hémorrhagie : aussi dit-on souvent que les individus qui présentent l'ensemble de caractères que je viens d'indiquer ont une *constitution apoplectique.* On a également reconnu que plusieurs de nos organes peuvent agir quelquefois sympathiquement sur le cerveau : ainsi il est certain que le travail de la digestion produit chez beaucoup d'individus un état de congestion vers le cerveau qui favorise la production des épanchements sanguins. Il en est de même d'une constipation prolongée; mais il ne me paraît pas aussi bien prouvé, ainsi qu'on le croit depuis Legallois, que l'hypertrophie du ventricule gauche constitue une prédisposition active au développement de l'hémorrhagie cérébrale. Rien ne démontre non plus que l'accomplissement des actes génitaux soit, comme on l'a dit, une cause prédisposante. Il n'est pas de même du sommeil, et surtout du sommeil trop prolongé; car M. Gendrin a calculé que, sur cent soixante-seize cas d'hémorrhagies du cerveau, il y en avait quatre-vingt-dix-sept dont l'invasion s'est faite pendant le sommeil, et parmi ces derniers l'attaque est survenue quatre-vingt-quatre fois pendant le sommeil de la nuit. L'hémorrhagie paraît être une affection souvent héréditaire. Quant à l'influence qu'on a attribuée à la grossesse, elle est nulle; il est également très contestable que les travaux intellectuels prédisposent beaucoup à la maladie,

tandis que l'influence des émotions morales et surtout des passions tristes est mieux démontrée. L'apoplexie paraît être plus commune pendant l'hiver et le printemps (Falret); des variations brusques de température ou dans la pression atmosphérique y prédisposent, et c'est ce qui explique pourquoi on a pu la voir quelquefois régner en quelque sorte épidémiquement (Baglivi, Lancisi, à Rome; Malouin, à Paris). Une nourriture substantielle, l'usage des stimulants et des alcooliques, des vêtements serrant le cou et faisant stagner le sang dans la tête, sont les causes prédisposantes extérieures qui sont le moins contestables. Presque toutes les hémorrhagies cérébrales ont lieu spontanément; cependant il n'est pas rare de les voir succéder à l'action évidente de quelque cause déterminante, telle que l'ébriété, une violente secousse morale, des efforts, et surtout ceux pour aller à la selle lorsque les matières fécales sont dures et volumineuses. Chez d'autres elle est survenue pendant l'acte du coït. Une insolation prolongée, le passage brusque d'une température basse à une température élevée, et réciproquement, un bain trop chaud ou trop froid, la suspension d'une hémorrhagie constitutionnelle, etc., ont eu souvent le même effet.

Traitement. — L'apoplexie cérébrale exclut la médecine expectante. Le traitement qu'on oppose à cette maladie a pour but de combattre les accidents d'hypérémie et de compression qui existent, puis de favoriser la résorption du caillot et la cicatrisation du foyer. On obéit à la première indication par l'emploi de la saignée générale, qui sera plus ou moins copieuse, et qu'on réitérera une ou plusieurs fois, suivant la force du sujet, son âge, sa constitution, suivant l'état du pouls : il nous est impossible de rien préciser à cet égard. Il faut communément donner la préférence à la saignée du bras, comme étant la plus facile, et celle par laquelle on peut obtenir le plus aisément une suffisante quantité de sang : voilà pourquoi nous n'approuvons ni les saignées du pied ni celles des jugulaires, que quelques uns ont proposées, ni même la section des artères temporales, à cause de la compression qu'on est obligé d'exercer sur la tête pendant plusieurs jours après. Les saignées locales seront le plus souvent associées avec avantage aux saignées générales. Les premières devront être faites spécialement au voisinage de la tête : c'est ainsi que des sangsues seront appliquées le long du cou ou derrière les apophyses mastoïdes; on pourra remplacer les sangsues par des ventouses scarifiées à l'occiput et à la nuque, régions dont les vaisseaux ont des communications plus ou moins directes avec les canaux veineux de l'intérieur du crâne. Dans les cas où la congestion encéphalique est très forte, très rebelle, ou lorsqu'il y a imminence que des accidents inflammatoires se développent, on entretiendra un écoulement sanguin continu pendant plusieurs heures, ou même pendant une journée entière, par l'application successive d'un petit nombre de sang-

sues, qu'on remplace à fur et mesure qu'elles tombent, ou lorsque l'écoulement sanguin se suspend. La plupart des médecins préfèrent (et c'est à tort, suivant nous) appliquer les sangsues sur un point éloigné du cerveau, comme aux malléoles, et surtout à l'anus; mais l'effet dérivatif qu'on se propose d'obtenir est le plus souvent nul. Il n'y a réellement avantage à suivre cette pratique que lorsqu'on veut rappeler une hémorrhagie constitutionnelle dont la suppression paraît avoir occasionné le développement de l'apoplexie cérébrale. En règle générale, les saignées sont d'autant plus utiles qu'on les fait à une époque plus rapprochée du début de la maladie.

Quoiqu'il soit fort rare de voir des apoplexies cérébrales dans lesquelles l'usage de toute émission sanguine soit contre-indiquée, cependant des cas de ce genre existent, et il importe de bien les connaître, car une saignée intempestive pourrait avoir les suites les plus fâcheuses. Ainsi, dans ces apoplexies foudroyantes qui s'accompagnent d'une résolution générale, celles dans lesquelles le pouls est irrégulier, petit, misérable, lorsqu'enfin la peau est froide, il faut, au lieu de tirer du sang, réveiller la sensibilité, soutenir les forces prêtes à s'éteindre par des frictions sèches, excitantes, sur la peau, par l'application de sinapismes ou de vésicatoires, et par l'administration d'une boisson aromatique et cordiale. Si l'on est assez heureux pour développer la chaleur et donner une certaine résistance au pouls, on devra alors recourir aux émissions sanguines; mais on les fera plus prudemment. D'autres fois les caractères du pouls sont tels que, sans contre-indiquer précisément l'emploi de la saignée, ils n'engagent pas pourtant le médecin à y recourir. Que faire alors? Nous pensons que, dans ces cas surtout, si les malades sont encore à une époque voisine du début, on devra faire une saignée *exploratrice*, et d'après les effets immédiats qu'on obtiendra, on insistera sur ce moyen, ou bien on l'abandonnera tout-à-fait.

Aussitôt après les saignées, on devra recourir à l'emploi des dérivatifs sur la peau et le tube digestif : ainsi des cataplasmes sinapisés seront promenés sur les extrémités inférieures, et l'on administrera des laxatifs par la bouche et en lavements. Ceux-ci auront le double avantage de produire une dérivation, et de combattre l'amas des matières stercorales que nous avons signalé comme exerçant une fâcheuse influence sur le cerveau. Quelques médecins préfèrent les drastiques aux simples laxatifs; mais cette pratique paraît avoir eu parfois des inconvénients graves; il en est de même des vomitifs, dont les anciens ont souvent abusé dans le traitement de l'hémorrhagie cérébrale, et dont l'emploi peut avoir des suites fâcheuses. On conçoit, en effet, que les efforts qui accompagnent les vomissements, en augmentant l'hypérémie cérébrale, favorisent la production d'un nouvel épanchement. Cependant il est des cas où l'émétique nous paraît indiqué, c'est lorsque l'apoplexie survenant peu

après les repas, l'estomac se trouve distendu par des aliments, condition qui, comme nous l'avons vu, favorise la congestion cérébrale. On a dit, il est vrai, qu'on pouvait même dans ces cas se dispenser de donner l'émétique, et qu'en pratiquant une saignée copieuse, on provoquait presque toujours le rejet des matières contenues dans l'estomac. Mais, outre que cet effet n'a pas nécessairement lieu, il est reconnu que le vomissement qui est excité par la perte du sang s'accompagne d'un état de malaise plus grand; souvent il nécessite des efforts plus considérables : aussi, pour ces motifs, doit-on, quand l'estomac contient des aliments, faire précéder la saignée de l'administration de 10 ou 15 centigrammes d'émétique. Enfin, indépendamment de la circonstance dont je parle, l'emploi du vomitif peut être indiqué par suite d'une complication saburrale. Il est inutile de dire qu'avec les moyens que je viens d'énumérer les malades seront soumis à une diète sévère, à l'usage d'une boisson acidule, tempérante et laxative. On prescrira le repos le plus absolu; on éloignera toutes les causes d'excitation; la température de la chambre sera fraîche; la tête, découverte, ou du moins légèrement couverte, sera maintenue élevée et appuyée sur un oreiller de crin ou de balles d'avoine; enfin on évitera qu'aucun vêtement ne comprime la poitrine et le cou. En supposant que ces moyens thérapeutiques produisent une amélioration rapide, on devra néanmoins ne pas se départir, pendant les sept ou huit premiers jours, du régime sévère qu'on a prescrit, car c'est à cette époque que se développent souvent les complications du côté du cerveau.

Dès qu'on constate les signes du ramollissement inflammatoire, on reviendra à l'usage des émissions sanguines; on insistera aussi sur les dérivatifs intestinaux et cutanés : c'est dans ces cas qu'on a conseillé les révulsifs plus énergiques, tels que des vésicatoires ou des cautères sur les membres, mais surtout un large séton à la nuque, dont l'utilité m'a paru bien mieux démontrée. On a encore conseillé des frictions mercurielles sur les tempes et le cuir chevelu, ainsi que l'administration du calomel à l'intérieur et à doses fractionnées, afin d'exciter la salivation. C'est là un moyen qu'on ne devra pas négliger dans les cas graves, sans que cependant son efficacité ou même son utilité soit encore bien démontrée.

Il est des apoplectiques qui sont tourmentés par l'insomnie, qui s'agitent et se plaignent sans cesse. On calme parfois ces accidents par l'administration d'un bain tiède donné avec beaucoup de précautions; mais on triomphe plus sûrement encore de ces accidents en donnant l'opium à la dose de 2 à 5 centigrammes. C'est à tort que quelques médecins craignent d'administrer ce médicament dans les affections cérébrales, car l'expérience nous prouve tous les jours combien ces craintes sont peu légitimes.

Dans la convalescence, on évitera tout ce qui pourrait favoriser une nouvelle attaque. Je renvoie, pour l'indication du régime et des soins hygiéniques à prescrire, à ce que j'ai dit précédemment pour la congestion cérébrale. D'ailleurs, les moyens à conseiller varient beaucoup : ainsi il est des individus pléthoriques chez lesquels le régime débilitant devra être continué pendant longtemps, tandis que, chez les personnes débiles ou les vieillards, on insistera sur les toniques, les analeptiques. C'est chez eux aussi qu'on pourra employer les eaux minérales, alcalines ou sulfureuses. Cependant, chez les individus replets, pléthoriques, chez lesquels les congestions encéphaliques se font facilement, les eaux minérales, dont l'action est toujours plus ou moins stimulante, ont souvent les effets les plus désastreux, en provoquant des récidives.

Divers moyens sont employés généralement pour combattre les paralysies qui persistent indéfiniment après les hémorrhagies cérébrales ; mais ces médications sont inutiles pour la plupart, et beaucoup d'entre elles sont dangereuses : ainsi, les frictions sèches, aromatiques ou rubéfiantes sur les membres paralysés, l'application de vésicatoires volants, les douches, ne m'ont pas paru avoir une action bien évidente. Il en est de même de l'électricité, du galvanisme, des bains de vapeur, ainsi que de l'emploi de la noix vomique et de la strychnine à l'intérieur, ou par la méthode endermique. Ces derniers agents ne sont pas seulement d'une utilité douteuse, mais ils sont souvent dangereux par l'excitation et les congestions cérébrales qu'ils provoquent.

DE L'HÉMORRHAGIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE OU HÉMATOMYÉLIE.

Les hémorrhagies de la moelle épinière sont très rares. Jusqu'à présent on n'en connaît guère que six ou sept exemples, dont un a été recueilli et publié par nous dans le *Journal hebdomadaire* (année 1836).

Anatomie pathologique. — Il y a parfois plusieurs foyers sanguins, et toujours ils occupent le centre de l'organe, c'est-à-dire la substance grise. Dans quelques cas, le sang, ayant déchiré la substance médullaire elle-même, on l'a trouvé épanché sous les méninges ou dans la cavité rachidienne. L'épanchement est tantôt circonscrit à une moitié latérale de la moelle ; mais le plus souvent il occupe toute l'épaisseur de l'organe. La moelle est plus ou moins ramollie autour du foyer ; celui-ci suit la la même marche et subit les mêmes transformations que les cavernes du cerveau.

Symptômes. — Dans la plupart des cas, l'hémorrhagie spinale offre un début brusque, sans prodromes ; d'autres fois, elle est précédée de douleurs vives dans un point du rachis, de fourmillements et de faiblesses dans les membres. L'épanchement sanguin a pour effet de produire instantanément la paralysie de toutes les parties situées au-dessous de lui : ainsi,

lorsque l'hémorrhagie siège dans le renflement lombaire, la paralysie porte sur les membres pelviens, sur le rectum et la vessie. Les membres thoraciques sont en outre paralysés, lorsque la lésion se trouve dans le renflement cervical. Bientôt alors les muscles destinés à mouvoir les parois thoraciques cessent de se contracter, la dilatation de la poitrine ne se fait plus alors que par l'abaissement du diaphragme. Au milieu de ces désordres, l'intelligence se conserve intacte. Enfin, l'hémorrhagie du bulbe rachidien produit généralement une mort instantanée par suite de la suspension de la respiration, le nerf phrénique étant lui-même paralysé. Nous avons vu que l'épanchement pouvait n'occuper qu'une moitié de la moelle : dans ce cas, il n'existe qu'une paralysie d'une moitié du corps ; elle peut même être bornée à un seul membre. La paralysie est toujours directe ; mais pour peu que la maladie se prolonge, la paralysie ne tarde pas à s'étendre aux membres qui avaient été d'abord épargnés.

Marche, durée, terminaisons. — L'hémorrhagie spinale a une marche en général rapide. Un seul malade a vécu quarante jours ; la plupart succombent au bout de quelques jours par la suspension de la respiration ; chez d'autres, la mort est accélérée ou produite par le développement d'escarres sur les points qui supportent le poids du corps. Cependant l'hémorrhagie spinale n'est pas une affection nécessairement mortelle, comme le prouve un fait de guérison rapporté par M. Cruveilhier, et qui est le seul qu'on connaisse encore.

Diagnostic. — Nous verrons plus tard comment on pourra distinguer l'hémorrhagie spinale du ramollissement de la moelle, seule maladie avec laquelle on pourrait la confondre. La paraplégie, qu'on observe rarement dans l'hémorrhagie cérébrale, et la conservation des facultés intellectuelles, feront distinguer l'apoplexie de la moelle de celle du cerveau. Le diagnostic pourtant offrirait quelques difficultés dans le cas où la paralysie serait limitée à la moitié du corps. Toutefois, si on considère que la paralysie n'affecte ni la face ni la langue, que l'intelligence n'a jamais été altérée, que la paralysie n'a pas été précédée de phénomènes qui indiquent une congestion crânienne, on sera alors autorisé à rattacher les accidents qu'on observe à une lésion de la moelle épinière.

Pronostic. — Le pronostic de l'affection est, comme on le voit, extrêmement grave.

Etiologie. — Les causes de l'hémorrhagie de la moelle sont inconnues.

Le *traitement* repose sur les mêmes bases que celui de l'hémorrhagie cérébrale ; on devra surtout appliquer un grand nombre de ventouses sur le trajet du rachis, afin de dégorger directement les vaisseaux de la moelle. Il faudra aussi, par des soins hygiéniques convenables,

tâcher de prévenir la formation des escarres au sacrum, qu'on voit survenir très rapidement à la suite de toutes les maladies de la moelle épinière.

DE L'APOPLEXIE PULMONAIRE.

Les poumons peuvent devenir spontanément le siége d'épanchements sanguins qui offrent une grande analogie avec ceux du cerveau. On a donné à cette affection le nom d'*apoplexie;* et cette expression est justifiée, non seulement par les lésions anatomiques, mais encore par le mode d'invasion de la maladie, qui est souvent brusque, instantanée, ainsi que par sa marche rapide, toutes circonstances qui doivent la rapprocher de l'apoplexie du cerveau.

L'apoplexie pulmonaire était une maladie à peu près inconnue avant Laënnec; ce fut ce grand médecin qui, le premier, en a donné une description exacte, à laquelle ses successeurs ont peu ajouté.

Caractères anatomiques. — L'apoplexie pulmonaire est anatomiquement caractérisée par une induration plus ou moins circonscrite du poumon. A ce niveau, le tissu de l'organe offre une coloration noirâtre plus ou moins foncée. La partie indurée a un aspect homogène; on n'y reconnaît plus de la texture du poumon que les bronches et les gros vaisseaux, dont les tuniques sont elles-mêmes imbibées de sang. La surface des incisions est grenue comme elle l'est dans le deuxième degré de la pneumonie. Si on la râcle avec le scalpel ou si on la presse entre les doigts, on en fait suinter un peu de sang noir, en partie coagulé. Dans quelques cas fort rares, le centre de l'induration offre une petite cavité qui est remplie par un caillot noirâtre; alors, le noyau, au lieu d'être dur extérieurement, est plus ou moins fluctuant. Cette altération occupe rarement d'une manière uniforme la totalité ou la plus grande partie d'un lobe; mais le plus ordinairement elle est disséminée sous forme de noyaux, dont le nombre varie de 1 à 30, et qui ont, les uns le volume d'une noisette ou d'une noix; les autres, celui d'une pomme d'api ou d'un œuf. Ils sont en général assez voisins de la surface; ils occupent le plus souvent le lobe inférieur, et existent en général simultanément dans les deux poumons. Ces noyaux d'induration, qu'on distingue par leur couleur noirâtre quand ils sont superficiels, et qu'on sent quand ils sont profonds, en pressant les poumons entre les doigts, sont toujours exactement circonscrits. L'induration qui les caractérise est aussi marquée à la périphérie qu'au centre; et le tissu pulmonaire qui les entoure est mou, crépitant, et en général sans aucune altération de texture. Parfois pourtant on trouve celui-ci infiltré d'une sérosité plus ou moins sanguinolente. Dans quelques cas rares, on a vu le sang, après avoir déchiré le poumon dans une plus ou moins grande

étendue, finir par rompre la plèvre elle-même, et s'épancher alors dans la cavité de cette séreuse en quantité plus ou moins considérable. Des faits de ce genre ont été observés par Corvisart, par MM. Bayle, Bricheteau, Andral, Gendrin, etc. Enfin, les veines qui entourent les noyaux indurés contiennent souvent du sang fortement concrété et à demi sec (Laënnec, Bouillaud).

La lésion dont je viens de tracer les caractères est évidemment due à une extravasation de sang dans les vésicules et dans le tissu cellulaire inter-vésiculaire. Les granulations qu'on remarque à la surface des incisions ne sont autres, en effet, que les vésicules elles-mêmes dont la cavité est remplie et distendue par un petit caillot. Dans l'apoplexie pulmonaire il paraît que le sang ne provient pas d'un vaisseau rompu : ce liquide n'est probablement qu'exhalé ; tout porte à penser qu'il est fourni par des veines pulmonaires. D'après la description précédente, on voit que l'apoplexie du poumon diffère de celle du cerveau : dans celle-ci il y a une cavité plus ou moins spacieuse remplie par un caillot; dans la première, au contraire, il est rare qu'une excavation soit produite. Le sang est plutôt infiltré qu'épanché, ce qui s'explique par la résistance que le tissu pulmonaire oppose, tandis que la pulpe cérébrale molle et friable cède facilement à l'impulsion du sang.

Nous ne savons encore rien de bien précis sur les modifications successives qu'éprouve l'induration apoplectique des poumons, lorsque l'engorgement vient à se terminer par résolution. Il paraît pourtant que la partie indurée passe successivement du rouge noir au brun, et au rouge pâle, et à mesure que la couleur pâlit on voit reparaître la texture celluleuse propre à l'organe. Enfin on a vu une fausse membrane épaisse, grisâtre, circonscrire de toutes parts en manière de kyste le foyer apoplectique (Bouillaud). Quelques personnes ont prétendu même que les noyaux sanguins pouvaient se ramollir, suppurer, être ensuite évacués et laisser à leur place une excavation qui finissait par se cicatriser; mais jusqu'à présent je ne connais aucun fait qui justifie cette opinion.

Symptômes, marche, terminaisons. — Les symptômes de l'apoplexie pulmonaire varient beaucoup. Dans un grand nombre de cas la maladie est tout-à-fait latente. C'est ainsi qu'il arrive souvent que chez des sujets emportés par des maladies étrangères aux poumons, on trouve dans ces organes un ou plusieurs noyaux apoplectiques dont la formation et la présence ne se sont révélés pendant la vie par aucun phénomène morbide. Cependant pour peu que l'altération pulmonaire ait une certaine étendue, les malades se plaignent d'oppression, d'étouffement, de dyspnée, et parfois de douleurs assez vives dans la poitrine ; ils toussent et rejettent du sang. Laënnec a signalé l'hémoptysie comme étant le symptôme le plus constant et le plus grave; il l'indique comme

étant ordinairement abondante, comme revenant par intervalle avec toux quinteuse, oppression, anxiété; quelquefois même le sang est rejeté en si grande quantité qu'il semble être vomi, et sort à la fois par la bouche et les narines. Ces graves hémorrhagies n'ont guère lieu que lorsque le poumon est désorganisé dans une grande étendue. Dans ces cas la maladie débute en général brusquement; les malades vomissent des flots de sang et succombent en quelques instants dans un état asphyxique : on dit alors que l'apoplexie est foudroyante; mais les faits de ce genre sont heureusement fort rares. Il résulte en outre de l'analyse de nos observations, que l'hémoptysie est un symptôme beaucoup moins fréquent que Laënnec n'a prétendu : elle n'existe, en effet, suivant nous, que sur le cinquième ou le sixième des individus, et nous ne l'avons jamais vue très abondante, même lorsque l'altération avait envahi tout un lobe. Mes résultats sont conformes à ceux de M. Louis, qui, ayant observé fréquemment l'apoplexie pulmonaire pendant l'épidémie de fièvre jaune qui régnait à Gibraltar en 1828, ne constata néanmoins pendant la vie aucun cas d'hémoptysie. Chez tous mes malades, le sang rejeté après des quintes de toux plus ou moins prolongées était noir, parfois très foncé, et jamais nous ne l'avons vu rouge rutilant comme dans les hémoptysies essentielles ou symptomatiques : la quantité rejetée dans les vingt-quatre heures n'était guère que de 16 à 100 grammes. Enfin l'hémorrhagie continuait avec les mêmes caractères pendant plusieurs jours, et même pendant plus d'une semaine.

L'exploration de la poitrine ne fournit généralement que des résultats négatifs; c'est ce que M. Cruveilhier a aussi reconnu. Lorsqu'en effet (et ce sont les cas les plus ordinaires) il n'existe que quelques noyaux disséminés dans les deux poumons et à une profondeur plus ou moins considérable, la percussion, de quelque manière qu'elle soit faite, ne saurait circonscrire l'altération : l'auscultation est tout aussi impuissante. Laënnec a pourtant prétendu que, dans l'engorgement hémoptoïque, il y avait absence du bruit respiratoire dans une partie peu étendue du poumon, tandis que tout autour de cet espace on percevait du râle crépitant. Mais il est certain que Laënnec a raisonné ici *à priori* et nullement d'après les faits, car il est incontestable que lorsque les noyaux apoplectiques ont, par exemple, le volume d'une grosse noix, fussent-ils même tout-à-fait à la surface des poumons, ils ne sauraient être diagnostiqués par l'auscultation, car les parties voisines étant bien perméables à l'air, empêchent qu'on puisse circonscrire avec l'oreille l'altération pulmonaire. Dans ces cas pourtant on distingue communément diverses espèces de râles, tels que des râles sibilant, ronflant, et plus souvent encore un râle sous-crépitant plus ou moins nombreux, ce qui se rattache plutôt à une lésion des dernières ramifications bronchiques qu'à la présence des noyaux d'apoplexie. Lorsque, au contraire,

l'induration pulmonaire occupe une certaine surface, c'est-à-dire lorsqu'elle a une étendue de 6 ou 9 centimètres pour le moins, la percussion donnera alors un son complétement mat, et l'auscultation faite dans le même point fera reconnaître l'absence de tout bruit; quelquefois pourtant il existe un peu de souffle à l'expiration avec bronchophonie, et un râle muqueux et sous-crépitant disséminés dans toute l'étendue de la matité. En même temps que ces accidents ont lieu, l'oppression continue et augmente : il n'y a pas généralement de fièvre; d'ailleurs les symptômes généraux varient suivant la quantité de sang rejeté. Si celle-ci est considérable, on observe tous les accidents qui accompagnent les hémorrhagies graves : la mort même peut en être le résultat, et celle-ci a lieu tantôt par syncope, tantôt par asphyxie lorsque le sang ayant fait irruption dans les bronches s'oppose à l'entrée de l'air dans les poumons. Lorsque la maladie a une heureuse issue, la quantité de sang excrétée diminue tous les jours, et finit par disparaître au bout d'un temps variable. Dans quelques cas on voit vers le sixième ou huitième jour les crachats prendre une teinte rouillée, la fièvre s'allumer, et on constate les signes ordinaires d'une pneumonie au premier ou au deuxième degré, tantôt au niveau de l'engorgement apoplectique, d'autres fois au pourtour. Cependant, à en juger par les faits que j'ai recueillis, la pneumonie me paraît devoir être une suite fort rare de l'apoplexie pulmonaire. Enfin, dans les cas où le sang s'est épanché dans la plèvre, on peut voir se produire une pleurésie aiguë avec les signes d'un hydro-pneumothorax, ainsi que M. Gendrin paraît en avoir observé un exemple. Il est impossible de dire actuellement combien il faut de temps pour que le sang épanché dans le poumon se résorbe, et pour que ce viscère reprenne toute sa perméabilité.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'apoplexie pulmonaire est extrêmement difficile, ou plutôt il est impossible lorsque les noyaux étant petits et disséminés, il n'y a d'autres symptômes de la maladie que l'oppression, la toux et le crachement de sang. Mais si, indépendemment de l'expectoration d'un sang noirâtre, et qui se prolonge pendant plusieurs jours, on constate, dans un ou plusieurs points circonscrits de la poitrine, de la matité et du râle muqueux ou sous-crépitant, il sera rationnel de rattacher ces phénomènes à l'existence de noyaux apoplectiques. Suivant Billard, l'oppression, l'étouffement, la suffocation avec une matité plus ou moins étendue, et l'expulsion de mucosités sanguinolentes sont les symptômes qui, lorsqu'ils existent chez les nouveau-nés, devraient faire soupçonner l'existence d'une apoplexie pulmonaire. Enfin on soupçonne que le sang a déchiré largement le poumon, et qu'il s'est épanché dans la plèvre lorsque, dans le cours d'une hémoptysie, on voit survenir brusquement une matité plus ou moins étendue dans un côté du thorax, avec absence du bruit respiratoire, et lorsqu'on ob-

serve en même temps les signes qui accompagnent les hémorrhagies graves et qui le plus souvent ne pourraient être expliqués par la petite quantité de sang expectoré par les malades. Enfin il peut arriver qu'en même temps que des signes d'épanchement existent à la base de la poitrine, on constate à la partie supérieure de cette cavité un son tympanique avec affaiblissement, du murmure vésiculaire, dépendant d'une extravasation d'air dans la plèvre, par suite de la déchirure du poumon. Par tout ce que nous venons dire, il est évident que l'apoplexie pulmonaire ne saurait jamais être confondue avec la pneumonie, les tubercules et les épanchements pleurétiques.

Pronostic. — L'apoplexie pulmonaire est une affection toujours grave; on a vu qu'elle pouvait produire une mort presque subite. La gravité du pronostic sera en rapport avec l'abondance de l'hémorrhagie, que celle-ci soit externe ou interne. La rupture de la plèvre avec épanchement de sang dans cette séreuse est un accident des plus graves; la mort a presque toujours lieu en peu d'instants; un des malades a survécu plusieurs jours à ces désordres; on cite un seul cas de guérison; il a été rapporté par M. Gendrin.

Etiologie. — La pléthore, l'impression du froid, la suppression des hémorrhagies, sont regardées comme les causes ordinaires des apoplexies pulmonaires; mais, plus souvent, cette maladie est symptomatique d'un obstacle au cours du sang, obstacle qui réside dans le cœur. C'est ainsi que tous les cas d'apoplexie pulmonaire que j'ai observés au nombre de plus de vingt, ont été vus chez des sujets ayant diverses maladies organiques du cœur, et spécialement un rétrécissement des orifices des cavités gauches. On a supposé que l'hypertrophie du ventricule droit était une cause très active d'apoplexie pulmonaire, en raison de la violence avec laquelle le sang était projeté du côté des poumons. Mais c'est à tort, car sur vingt-sept cas d'hypertrophie avec dilatation du ventricule droit dont M. Louis a recueilli l'histoire, il n'y eut jamais d'apoplexie pulmonaire, quoique chez six il existât une hypertrophie avec dilatation de l'artère pulmonaire et de ses divisions principales, preuve que le sang avait été projeté avec une certaine violence. Ainsi l'apoplexie symptomatique d'une maladie du cœur n'est pas produite activement par suite de l'impulsion insolite du sang, mais elle a lieu passivement, et lorsqu'un obstacle existant du côté des orifices gauches, le sang stagne dans l'organe, et consécutivement dans les poumons.

Traitement. — L'apoplexie pulmonaire sera combattue par les moyens qu'on oppose ordinairement aux hémoptysies graves. On insistera surtout sur les saignées générales, sur les révulsifs, tels que les purgatifs énergiques, les ventouses sèches et les sinapismes, moyens auxquels on associera les diurétiques, et notamment le nitrate de potasse. Chez le nouveau-né il y a aussi indication à tirer du sang; on le

fait en appliquant une ou deux sangsues dans chaque aisselle, où les plexus veineux qui s'y trouvent communiquent largement avec les vaisseaux de la cavité thoracique. L'enfant ne sera pas serré par un maillot, car, en gênant la dilatation du thorax, on pourrait augmenter la congestion pulmonaire. Chez l'adulte, l'administration du tartre stibié à haute dose, qui a été plusieurs fois tentée, n'a produit aucun résultat avantageux et qui puisse nous décider à y recourir. Enfin, lorsque l'hémorrhagie se prolonge, on a donné parfois avec avantage des affusions froides, moyen perturbateur dont l'emploi ne peut être justifié que par le danger dans lequel les malades se trouvent, et parce que les moyens plus rationnels ont complétement échoué.

DE QUELQUES AUTRES ESPÈCES D'APOPLEXIES.

Je viens de décrire avec quelques détails les deux espèces d'apoplexies qui sont les plus communes et qui ont des symptômes spéciaux. Il me reste maintenant à faire connaître quelques autres hémorrhagies interstitielles qui, quoique moins importantes sous le rapport symptomatique, méritent pourtant d'être connues, car plusieurs d'entre elles peuvent être la cause de graves accidents.

Apoplexies des viscères abdominaux. — Je ne dirai rien de l'apoplexie de la rate et du foie, altération qui paraît avoir été quelquefois observée chez des individus qui ont succombé à des accès de fièvres pernicieuses; d'ailleurs on ne connaît nullement la marche que ces épanchements suivent, et leur diagnostic est absolument impossible. Il en est de même des collections sanguines que, dans quelques cas rares, on a vues se former spontanément dans le pancréas, dans les reins, les ovaires et jusque dans l'utérus, organe qui, d'après M. Cruveilhier, serait fréquemment le siége de collections sanguines chez les femmes âgées. Mais cette opinion, qui contrarie toutes nos idées théoriques, n'ayant été appuyée d'aucun relevé numérique et M. Cruveilhier paraissant ne l'avoir émise que d'après ses souvenirs, il importe d'attendre de nouvelles recherches.

Apoplexies du placenta. — Le placenta est un des organes dans lesquels les apoplexies se forment avec le plus de facilité. Cette altération a été bien étudiée dans ces dernières années par M. Cruveilhier, et surtout par le docteur Jacquemier. Le nombre des foyers sanguins qu'on trouve dans le placenta peut être considérable; il est rare qu'il n'y en ait qu'un ou deux. Leur volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de pigeon; on en a même vu de plus considérables (Wrisberg). En général arrondis, ils sont d'autant plus rapprochés de la face utérine qu'on s'éloigne davantage du moment de la conception. Le sang extravasé passe successivement du noir au brun, au rou-

geâtre, au jaune; enfin, il finit par se décolorer. En général, il altère et atrophie la portion correspondante du placenta; si les épanchements sont multiples, le placenta tout entier peut être atrophié. Enfin, d'autres fois le caillot subit diverses transformations, prend des aspects différents. Ainsi, d'après M. Jacquemier, on devrait rapporter au sang maternel épanché dans le placenta et diversement transformé toutes les tumeurs d'aspect cartilagineux, tuberculeux, encéphaloïde et jusqu'aux concrétions osseuses et crétacées. Cette opinion est peut-être trop exclusive; néanmoins elle est exacte dans un grand nombre de cas. Le diagnostic des apoplexies placentaires est impossible. Il est inutile de faire remarquer que c'est là une altération grave qui devient la cause d'un grand nombre d'avortements; d'autres fois le fœtus arrive à terme, mais il naît faible, chétif, amaigri à cause de l'atrophie partielle que le placenta a subie.

Apoplexies musculaires. — Enfin des épanchements sanguins quelquefois considérables peuvent se former spontanément dans la plupart des muscles de la vie de relation. Ainsi M. Cruveilhier a vu la gaîne des deux muscles droits de l'abdomen être distendue par des caillots sanguins qui avaient lacéré, détruit les fibres musculaires, altération qui s'était accompagnée pendant la vie de douleurs si vives qu'elles avaient fait supposer l'existence d'une péritonite. Ces apoplexies musculaires se remarquent spécialement dans le scorbut et dans les résorptions purulentes.

Apoplexies du cœur. — A côté de ces apoplexies, il faut placer les épanchements sanguins que M. Cruveilhier a rencontrés plusieurs fois dans le cœur. Il ne les a vus se former que dans l'épaisseur du ventricule gauche hypertrophié; il regarde cette lésion, qui d'ailleurs est fort rare, comme pouvant être suivie d'une rupture du cœur ou comme pouvant être l'origine d'un anévrisme faux consécutif. Mais les faits n'ont pas justifié jusqu'à présent cette supposition. Le diagnostic de cette maladie est impossible.

DU PURPURA.

Synonymie. — Pourpre; *morbus maculosus, hemorrhagicus* de Werlhof; maladie de Werlhof, scorbut de terre.

On donne le nom de *purpura* à une maladie caractérisée par l'éruption spontanée, à la surface du corps, de pétéchies et d'ecchymoses, souvent accompagnées d'hémorrhagies à l'intérieur.

Historique. — C'est en vain qu'on a voulu remonter jusqu'à Hippocrate pour trouver les premières notions sur le purpura. Cette maladie n'a pas été décrite avant L. Rivière, qui l'a seulement distinguée des pétéchies. Werlhof lui-même ne lui consacre que quelques pages bien

insuffisantes pour lui mériter l'honneur d'avoir donné son nom à la maladie. Les recherches de Graaf, publiées en 1775, furent beaucoup plus complètes; elles ont été agrandies depuis par celles de Behrens, de Willan et de Batmann, de MM. Brachet, Fournaux, Rayer.

Divisions. — Willan a établi, pour le purpura, les espèces suivantes : 1° purpura *simplex;* 2° *urticans;* 3° *senilis;* 4° *hemorrhagica;* 5° *contagiosa.* Ce dernier, dont nous n'avons pas à nous occuper, n'est autre que l'éruption pétéchiale de la peste, du typhus et des autres maladies graves. M. Rayer a distingué deux formes de purpura, le purpura *fébrile* et le purpura *apyrétique.* M. Cazenave en fait deux variétés suivant qu'il s'accompagne ou non d'hémorrhagies par quelque muqueuse.

1° *Purpura simplex.* — Cette forme, qu'on n'observe guère que dans l'adolescence et la jeunesse, naît, le plus souvent, sans cause appréciable. Il débute ordinairement sans prodromes; quelquefois après un ou deux jours de malaise, de faiblesse et d'anorexie. Il est caractérisé par des pétéchies, c'est-à-dire par de petites taches d'un rouge vif au début, surtout chez les enfants, violacées ou noires chez les sujets débilités, plus ou moins exactement arrondies, ressemblant pour la forme à des piqûres de puce, et ne disparaissant ni ne diminuant lorsqu'on les presse avec le doigt. Avec ces taches existent ordinairement de larges ecchymoses; elles occupent des points distincts ou sont entremêlées aux pétéchies; leur coloration est à peu près la même pour toutes, du moins au début; cependant, si plusieurs éruptions successives se font à quelques jours de distance, on observera des teintes différentes variant du rouge brun au jaune clair, suivant le degré de résolution. Ces taches sont surtout nombreuses aux jambes, parties qu'elles occupent parfois même exclusivement; on les rencontre souvent aussi sur les membres supérieurs et la face, et, dans ce dernier cas, les conjonctives et les paupières présentent parfois des ecchymoses. Celles-ci se montrent de préférence sur le dos, aux pieds, aux mains et à la face interne des membres. En outre, on sent quelquefois des taches proéminentes et dures au centre, qui semblent formées par une petite apoplexie de la peau. Quelquefois aussi le sang s'infiltre ou s'épanche dans le tissu cellulaire et les muscles; il en résulte alors de la tuméfaction, de la dureté, de la difficulté dans les mouvements, comme dans certaines formes de scorbut que nous étudierons bientôt. Les pétéchies et les ecchymoses ne s'accompagnent d'aucune sensation morbide du côté de la peau; elles se forment ordinairement à l'insu des malades, qui ne s'en aperçoivent jamais que par hasard. Après être restées stationnaires pendant quelques jours, les pétéchies prennent une teinte livide, puis jaunâtre; la résorption se fait de la périphérie au centre, et après douze à quatorze jours il ne reste plus de traces de la maladie. Mais, lorsqu'on croit celle-ci

terminée, souvent une nouvelle hémorrhagie, semblable à la première, se fait. En raison de ces éruptions successives, on voit le purpura persister, chez quelques individus, pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, et même plusieurs années, comme Biett en rapporte un exemple.

La forme dite purpura *urticans* doit être rapprochée de la précédente ; cependant elle en diffère par l'aspect de l'éruption, qui commence d'abord par de petites taches rougeâtres, lenticulaires, saillantes, et qui sont le siége d'une cuisson à peu près semblable à celle que donne l'urticaire. Au bout de deux ou trois jours ces taches s'effacent, et leur couleur passe du rose au rouge foncé, puis livide ; enfin elles se résorbent comme celles du purpura simplex. Mais, en général, on en voit apparaître d'autres. Cette forme de purpura, dans laquelle les pétéchies sont un peu plus larges que dans le *purpura simplex*, a une durée moyenne d'un mois.

Les deux formes précédentes du purpura sont, en général, apyrétiques ; mais parfois elles s'accompagnent d'un appareil fébrile généralement peu intense, avec nausées et frissons ; elles précèdent de trois à six jours les hémorrhagies cutanées (*purpura febrilis simplex*). Celles-ci peuvent aussi être précédées de taches exanthémateuses analogues à celles de l'urticaire, et c'est un, deux ou trois jours après qu'on voit apparaître, au milieu de cette éruption, les pétéchies qui caractérisent le purpura.

Le purpura nommé *senilis* par Batmann ne mérite pas une description spéciale. Il ne consiste, en effet, qu'en une éruption pétéchiale d'un rouge lie de vin occupant les extrémités chez les vieillards affaiblis, et qui disparaît communément après dix à douze jours, sans s'être accompagné d'aucun trouble notable dans les principales fonctions.

Ces trois premières formes du purpura sont bénignes, et ne peuvent être confondues avec aucune autre affection cutanée. Elles diffèrent des piqûres de puces en ce que celles-ci ont un point central plus foncé, ecchymotique, entouré d'une auréole rosée que la pression du doigt fait disparaître.

2° *Purpura hemorrhagica.* — Cette forme est encore caractérisée par des pétéchies et des ecchymoses semblables à celles du purpura simplex. Ces taches hémorrhagiques n'apparaissent le plus souvent qu'après que les malades ont éprouvé pendant trois ou six jours des frissons, de la courbature, de la céphalalgie, de la fièvre, et souvent des nausées et des vomissements. Mais bientôt se révèle une disposition hémorrhagique qui n'existait pas dans les formes précédentes ; c'est ainsi que des bosses sanguines ou des trombus se développent sous le cuir chevelu ; du sang est quelquefois exhalé par la peau elle-même, surtout derrière les oreilles ; de larges ecchymoses se produisent partout où les téguments sont un peu comprimés ou tiraillés ; des surfaces suppu-

rantes et des solutions de continuité, même les plus petites de la peau ou des muqueuses, on voit suinter du sang. Enfin ce qui caractérise surtout la maladie, ce sont les hémorrhagies graves des viscères et des membranes muqueuses qui accompagnent celles de la peau. Ainsi chez les enfants les épistaxis prédominent; chez les adultes, ce sont les hémoptysies et les hémorrhagies gastro-intestinales, tandis que chez la femme ce sont les métrorrhagies : les hématuries sont plus rares; cependant il serait possible que les reins fussent le siége de quelque congestion, puisque dans quelques cas de purpura sans hématurie on a vu les urines être albumineuses. Plusieurs des hémorrhagies que je viens d'énumérer peuvent exister simultanément ou alterner entre elles. Lorsque l'effort hémorrhagique se porte vers les organes digestifs, du sang peut être exhalé par toutes les parties contenues dans la bouche et par les parois de cette cavité, qui prennent ensuite une couleur noirâtre, tandis que les gencives deviennent spongieuses et saignantes. En général, les graves accidents que je viens d'énumérer s'accompagnent d'agitation, de fièvre intense, de délire, de douleurs vers les organes par où l'hémorrhagie doit s'opérer; la langue se sèche, devient fuligineuse; les traits s'altèrent; les forces se prostrent, et les malades succombent entre la fin du premier et du deuxième septénaire, avec des symptômes typhoïdes. D'autres fois il n'existe point de fièvre; mais les malades meurent par l'épuisement qu'entraînent la répétition et la multiplicité des hémorrhagies. Enfin il est des malades qui sont emportés en quelques jours par la violence des accidents ou par quelques complications. Cependant le purpura hemorrhagica n'offre pas toujours une pareille gravité ; mais en général les malades qui guérissent se rétablissent assez lentement et conservent pendant longtemps de la faiblesse.

Les recherches cadavériques ont prouvé, chez ceux qui succombent à la maladie, que parmi les pétéchies les unes sont superficielles, sous-épidermiques; les autres, plus profondes, occupent les aréoles du derme ; d'autres enfin siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le sang extravasé s'enlève le plus souvent par quelques lotions, et ne résiste jamais à la macération. Des pétéchies et des ecchymoses semblables à celles de la peau se retrouvent sur la plupart des muqueuses, et spécialement sur la muqueuse digestive, depuis la bouche jusqu'au rectum; on en rencontre encore sur le mésentère, le péricarde, la plèvre, les membranes du cerveau, dans le diploé et la membrane médullaire des os longs, à la surface des poumons. Ceux-ci présentent en outre très fréquemment des noyaux apoplectiques; des épanchements analogues existent souvent aussi dans le foie, la rate, et jusque dans le corps de l'utérus et de plusieurs autres viscères. Le sang que les vaisseaux renferment est en général pâle et séreux, sans caillots. Celui que l'on retire pendant la vie a paru altéré à quelques auteurs, qui l'ont trouvé moins coagulable; le

caillot leur a semblé moins dense ; enfin ils ont cru qu'il contenait moins de matière colorante. D'autres, au contraire, ont soutenu, d'après les analyses chimiques qu'ils avaient faites, que le sang des malades ayant un purpura ne différait en rien de celui d'un individu sain. La question est, comme on le voit, encore indécise. Toutefois les récentes recherches de MM. Andral et Gavarret nous autorisent à croire, je dirai presque à affirmer, que dans le purpura hemorrhagica il doit exister une grande diminution dans la proportion de la fibrine, et probablement aussi une diminution du nombre des globules.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut offrir aucune difficulté : il est, en effet, impossible de confondre le purpura simplex avec des ecchymoses traumatiques. Cependant, si le purpura est sans fièvre, et s'il est borné à une partie du corps, comme aux membres inférieurs, par exemple, on devra examiner attentivement l'état des vaisseaux artériels et veineux de ces parties ; car l'on a vu des ecchymoses et des pétéchies semblables à celles du purpura être produites par un obstacle mécanique au cours du sang, tel, par exemple, que l'organisation de caillots sanguins dans la veine iliaque (Rayer). Les ecchymoses cutanées et la disposition hémorrhagique générale pourraient faire confondre le purpura avec la fièvre jaune, avec les maladies pestilentielles et certaines varioles graves ; mais dans presque toutes ces maladies les hémorrhagies ne sont qu'un accident, tandis que dans le purpura elles forment l'essence même de la maladie, et la constituent. Enfin on a essayé de distinguer le pourpre du scorbut ; mais nous croyons que ce sont des degrés ou des variétés d'une même affection, et que l'une et l'autre ont pour point de départ la même altération du sang : c'est ce dont on se convaincra par la lecture de l'article suivant.

Pronostic. — Les purpura simple, sénile et urticans sont presque toujours bénins. L'existence des ecchymoses indique toujours une disposition plus fâcheuse de l'économie que lorsqu'il n'y a que des pétéchies. Le purpura hémorrhagique, au contraire, est une affection grave, même lorsqu'elle ne s'accompagne pas de fièvre. D'ailleurs, pour cette maladie comme pour tant d'autres, on ne saurait être trop réservé sur le pronostic, puisque des accidents graves se déclarent trop souvent d'une manière imprévue et lorsque la maladie paraît être très bénigne. L'âge peu avancé des sujets, la fréquence extrême du pouls, l'abondance des hémorrhagies, une fièvre violente, l'existence des symptômes typhoïdes, sont les circonstances qui doivent faire porter le pronostic le plus fâcheux. Enfin la manifestation des pétéchies et des ecchymoses dans le cours d'une maladie grave, et spécialement chez les sujets atteints de fièvres éruptives, de typhus, etc., constitue toujours un signe fâcheux, parce qu'il indique une lésion profonde de l'organisme.

Etiologie. — Le purpura survient presque toujours sous l'influence

de causes débilitantes ; il affecte spécialement les enfants et les femmes, les individus d'une constitution molle, affaiblis par une maladie antérieure, par une mauvaise nourriture, par des veilles, des chagrins, et surtout par l'habitation dans des lieux bas et humides. Cependant on a vu quelquefois la maladie survenir dans des conditions opposées. En général sporadique, le purpura a quelquefois régné épidémiquement ou d'une manière endémique, comme dans quelques prisons mal situées, ou dans les hospices d'orphelins.

Traitement. — Le purpura simple guérit en général seul. Il convient de donner aux malades quelques acides minéraux ; on administre les toniques, les ferrugineux, les amers, si les individus étaient débilités ou d'une constitution chétive. Lorsqu'il y a de la fièvre, lorsque le pouls est ample, dur, et que des congestions semblent se former du côté des viscères, il y a indication à tirer du sang. Cependant il faut n'employer la saignée qu'avec la plus grande réserve ; et si déjà les malades ont eu quelques hémorrhagies, on conseille même de s'en abstenir et de lui substituer l'emploi des purgatifs. On opposera aux diverses hémorrhagies qui ont lieu les moyens locaux qui sont indiqués pour toutes les hémorrhagies passives. Quant au traitement local des pétéchies, le plus souvent il n'y a rien à faire. Cependant, si le sujet est débilité, il conviendra de combiner avec les toniques donnés à l'intérieur l'usage des frictions sèches, aromatiques, ou de lotions stimulantes, alcoolisées (eau-de-vie, vin aromatique, vin rosat). Si quelque épanchement un peu considérable de sang avait eu lieu, on appliquerait des compresses d'eau de Goulard, et on exercerait une légère compression.

Classification, nature. — Les pathologistes anglais ont classé le purpura parmi les *exanthèmes.* Mais l'absence de fièvre dans beaucoup de cas, et les caractères de l'éruption, qui dans les exanthèmes est formée par l'injection et l'inflammation de la peau, et dans le purpura par une hémorrhagie interstitielle, suffisent pour différencier ces deux ordres de maladies : aussi Biett rangeait-il le purpura au nombre des maladies indéterminées ; mais dans un traité de pathologie, il ne saurait être placé ailleurs que dans les hémorrhagies reconnaissant pour point de départ une altération du sang, à côté du scorbut. Quant à la nature de la maladie, nous répétons que, quoique jusqu'à présent les expériences chimiques et microscopiques nous aient presque fait défaut, nous croyons pourtant que le purpura consiste essentiellement dans une altération du sang, et probablement dans une diminution des globules et de la fibrine, altération qui, si elle n'est encore démontrée, devient du moins très probable en raison des causes qui déterminent ordinairement la maladie, par la facilité avec laquelle le sang s'échappe de ses vaisseaux pour s'infiltrer, s'épancher dans tous les tissus, ou pour s'exhaler à la surface

d'un grand nombre d'entre eux. Le purpura doit donc être considéré comme une maladie générale. L'explication que je donne me semble bien plus rationnelle que celle qui consiste à admettre une atonie ou une surexcitation des vaisseaux lymphatiques, ou une obstruction viscérale spécialement dans la rate et le foie, maladies dont l'autopsie ne révèle aucune trace.

DU SCORBUT.

Le mot *scorbut* dérive du danois ou du hollandais, et signifie *déchirement*, *ulcère* de la bouche. Il sert à désigner, depuis environ quatre siècles, une maladie caractérisée par l'affaiblissement général, par des hémorrhagies, ayant lieu par diverses voies, par des ecchymoses livides sur la peau, la tuméfaction fongueuse, et le saignement des gencives.

Historique. — Il est douteux qu'Hippocrate ait connu le scorbut : cette maladie n'a commencé à être convenablement décrite qu'à l'époque des croisades et après la découverte de l'Amérique. On ne tarda pas alors à faire jouer à l'affection scorbutique un rôle exagéré, puisqu'on crut pendant longtemps que le scorbut pouvait prendre la forme de toutes les maladies aiguës ou chroniques, nonobstant l'absence de tous ses caractères. On s'étonne de voir que Sennert, Willis, Lower, Hoffmann, Boërhaave, aient adopté et propagé une erreur aussi grossière, qui fut accréditée par un médecin plus que médiocre, par Eugalenus, auteur d'un mauvais livre sur le scorbut, mais qui a joui néanmoins d'une grande réputation. On ne peut établir aucun parallèle entre cet ouvrage et celui dont Lind dota la science vers le milieu du XVIIIe siècle. Ce dernier livre est, non seulement une excellente monographie, mais c'est aussi, sans contredit, un des ouvrages les plus remarquables de notre littérature, et un de ceux dont la lecture est la plus attrayante.

Divisions. — Le scorbut est une des maladies dont on a le plus multiplié les espèces; mais il est prouvé que ces distinctions sont inutiles. Lind a même démontré que la division du scorbut en scorbut de terre et en scorbut de mer n'avait aucun avantage, puisque les causes, les symptômes et le traitement étaient les mêmes dans les deux cas.

Altérations pathologiques. — Chez les sujets qui succombent au scorbut, on trouve souvent des inflammations dans divers viscères; mais ces phlegmasies n'appartiennent pour ainsi dire pas à la maladie; ce ne sont que des lésions secondaires, développées à une époque voisine de la mort. Le sang, au contraire, est constamment altéré; il est noir, fluide ou en grumeaux; il forme des épanchements, ou bien il est infiltré dans la plupart des organes de l'économie. C'est ainsi qu'il baigne la plupart des surfaces muqueuses, séreuses et synoviales. Il

engorge le foie et la rate : ces deux organes sont plus volumineux, et leur tissu est ramolli et diffluent. Le sang, ainsi altéré, abreuve aussi le tissu spongieux des os et le périoste. Chez les sujets au-dessous de dix-neuf ans, on trouve parfois les épiphyses décollées par une hémorrhagie interstitielle (Lind). Les cartilages sont séparés des côtes, et même on voit le cal des anciennes fractures rompu et dissous par le sang. Enfin, le liquide épanché dans l'épaisseur des muscles y forme des noyaux durs plus ou moins considérables. Le sang n'est pas seulement altéré sur le cadavre, mais il l'est encore sur le vivant à un haut degré. Ainsi, M. Andral a trouvé récemment, sur un scorbutique, la quantité de fibrine descendue de 3 (chiffre physiologique) à 1,6 ; les globules à 119 (au lieu de 127).

Symptômes. — Lind a observé que les individus qui vont être atteints de scorbut pâlissent et éprouvent une grande aversion pour le mouvement ; bientôt ils se fatiguent et s'essoufflent au moindre exercice. C'est après plusieurs jours ou plusieurs semaines que les malades accusent du prurit aux gencives, qui se tuméfient, deviennent fongueuses, bleuâtres, et donnent à l'haleine une fétidité repoussante. La peau elle-même ne tarde pas à se recouvrir, dans différentes parties du corps, de taches noires ou jaunes, qui ne sont autres que des ecchymoses. Sur le trajet des muscles se dessinent des tumeurs dures ou fluctuantes, dues à un épanchement sanguin qui peut envahir le muscle tout entier. Cette altération s'accompagne souvent de douleurs très vives ; celles-ci paraissent quelquefois siéger dans les os eux-mêmes, et coïncident souvent avec l'infiltration sanguine de leurs tissus. Enfin elles résident d'autres fois dans les articulations, qui se tuméfient. En même temps, des hémorrhagies plus ou moins graves peuvent avoir lieu par la plupart des membranes muqueuses ou par des ulcérations récentes ou anciennes de la peau, de l'origine des muqueuses, ou par la déchirure spontanée d'anciennes cicatrices des téguments. Ceux-ci s'altèrent surtout au niveau des tumeurs sanguines. Ces ulcérations sont plus ou moins étendues, livides, fongueuses, et laissent suinter constamment un sang noirâtre. A cette époque la faiblesse est extrême, les malades sont oppressés, accusent des douleurs vives dans le thorax ; leur pouls est petit, fréquent, quelquefois lent ; ils ont des lipothymies, des syncopes, pour peu qu'ils essaient de se mouvoir ; des selles fétides, souvent sanguinolentes, viennent augmenter la faiblesse ; l'urine est rare, et devient promptement ammoniacale ; les facultés intellectuelles sont ordinairement intactes. A une période plus avancée, les hémorrhagies se multiplient, les membres s'infiltrent, la faiblesse est extrême, les gencives se détruisent, les dents se déchaussent, deviennent vacillantes et tombent ; quelquefois aussi les os maxillaires se carient : c'est alors que beaucoup de malades sont tourmentés par un ptyalisme abondant ou

contribue à les épuiser. Souvent, en remuant ces individus, on sent un cliquetis osseux produit par le frottement d'une épiphyse (Lind), ou bien, quand les malades respirent, on entend un petit bruit sourd, produit par le frottement des côtes et des cartilages costaux qui sont désunis. Le moindre effort suffit pour rompre un muscle, un os dans la continuité, ou au niveau d'une ancienne fracture consolidée.

Variétés. — Dans la plupart des cas, le scorbut détermine tous ou presque tous les accidents précédemment décrits. Cependant quelques uns des plus importants peuvent manquer; c'est ainsi que beaucoup de malades ne présentent jamais d'altération du côté des gencives. Chez d'autres, la maladie ne se caractérise que par l'apparition d'un gonflement considérable d'un des membres pelviens ou des deux à la fois. Ce gonflement dur, très douloureux, sans changement de couleur à la peau, est produit par une infiltration sanguine: aussi voit-on au bout de quelque temps la couleur ecchymotique apparaître sur le membre. Cette forme a été fréquemment observée par M. Henry Guéneau de Mussy, sur la frégate *la Vénus,* pendant un voyage de circumnavigation. Dans cette même épidemie on vit d'autres malades chez lesquels le scorbut se révélait surtout par des ecchymoses, des ulcères saignants et de mauvais caractère qui couvraient les membres inférieurs, et se montraient toujours très rebelles aux moyens curatifs.

Marche, durée, terminaisons. — Le scorbut offre dans sa marche des alternatives en bien et en mal. Lind a noté que les symptômes s'aggravaient quand le temps était brumeux, et s'amendaient quand il devenait sec. Enfin, après une durée variable, et qu'il est impossible de fixer même approximativement, on voit le scorbut se terminer par la guérison ou par la mort. Celle-ci arrive dans un accès d'oppression, de dyspnée ou dans une syncope, ou bien les malades affaiblis par les hémorrhagies meurent épuisés. Quelques uns sont emportés par une maladie intercurrente, car les scorbutiques sont regardés par Lind comme étant beaucoup prédisposés à contracter la plupart des maladies, surtout celles dans lesquelles il existe probablement quelque altération des liquides, telles que les fièvres éruptives, ainsi que la dysenterie et le typhus, quand par exemple le scorbut règne dans les camps, les villes assiégées, les vaisseaux.

Lorsque le scorbut se termine favorablement, la convalescence est communément longue. Les individus restent pendant longtemps faibles, décolorés; quelques uns sont sujets à des roideurs articulaires et à des douleurs dans les muscles et les articulations qui simulent les douleurs rhumatismales chroniques. Le scorbut récidive quelquefois; l'on croit même qu'une première attaque constitue une véritable prédisposition.

Diagnostic. — Le scorbut est d'un diagnostic toujours facile. Il est inutile de dire qu'on ne saurait confondre cette maladie avec l'anémie ni avec les cachexies vénérienne et mercurielle. J'ai dit tantôt qu'il était impossible de ne pas considérer le purpura et le scorbut comme deux affections identiques. Comment, en effet, regarder comme étant de nature distincte des maladies dont les principaux symptômes sont communs? Les ecchymoses, les pétéchies, les hémorrhagies intersticielles et à la surface des muqueuses sont, en effet, des accidents communs et prédominants dans les deux cas. D'ailleurs, dans les épidémies de scorbut, tous les malades ne sont pas affectés de la même manière. Il en est, par exemple, dont les gencives ne deviennent jamais fongueuses, et chez lesquels la maladie ne se caractérise, comme le purpura, que par des ecchymoses, des pétéchies ou le gonflement d'un ou de plusieurs membres, produit par une extravasation sanguine dans l'épaisseur des tissus. Ajoutons que le gonflement sanguin des gencives, dont on a voulu faire un caractère tout-à-fait distinctif, peut exister dans le purpura simple ou avec fièvre. L'appareil fébrile, fréquent dans quelques formes du purpura, ne saurait être un caractère distinctif; car la fièvre, ici, n'est qu'un élément accessoire qui indique seulement une marche plus aiguë de l'affection. Pour me résumer, j'établis que le purpura et le scorbut sont deux affections de nature identique; que le scorbut représente la forme chronique de la maladie; le purpura, avec fièvre et hémorrhagie, sa forme aiguë; que le purpura simple, apyrétique, sénile, et la forme *urticans*, constituent le degré le plus benin d'une affection dont le scorbut avec ecchymoses, hémorrhagies, décollement des épiphyses, syncopes, représente le degré le plus grave. Ces deux affections pourraient donc être réunies.

Pronostic. — Le scorbut est une affection grave, surtout lorsqu'on ne peut soustraire les malades aux causes qui l'ont développé. La gravité de la maladie est proportionnée au nombre et à l'abondance des hémorrhagies, et à la faiblesse des sujets. Les syncopes sont aussi un des signes les plus fâcheux.

Etiologie. — Le scorbut, qui, il y a à peine un siècle, était endémique à Paris et à Londres, est aujourd'hui à peu près inconnu dans les hôpitaux de ces deux métropoles. Ce beau résultat dépend des modifications heureuses que la civilisation a introduites dans l'alimentation et l'habitation de la classe indigente. Le froid humide est une cause des plus puissantes du scorbut : aussi le rencontre-t-on fréquemment dans la basse Saxe et dans la Hollande. Cette même cause agit aussi pour la production du scorbut qui se développe si fréquemment dans les prisons, les bagnes, sur les navires faisant de longues traversées, et, disons-le avec douleur, dans les loges humides et froides où l'on parque trop souvent, sur la paille et presque nus, de malheureux aliénés. Lind

a prouvé que l'humidité était la cause la plus puissante du scorbut qui survenait en mer. Elle agit d'autant plus efficacement qu'elle est unie à plusieurs autres conditions défavorables, comme la privation de vêtements, et surtout une alimentation grossière et insuffisante. Les viandes salées et fumées, qu'on a regardées avec raison comme une des causes du scorbut de mer, n'agissent pas par le sel qu'elles contiennent, comme on l'a cru longtemps, mais parce qu'elles fournissent à la nutrition des éléments insuffisants et que l'estomac a trop de peine à isoler; il en est de même des viandes fumées. Enfin, un travail forcé, des veilles prolongées, les peines morales et la nostalgie, et généralement toutes les causes débilitantes, favorisent le développement de la maladie. Il ne paraît pas, au contraire, d'après le témoignage de Lind, que la privation des végétaux frais soit une cause aussi active du scorbut, qu'on l'avait supposé pendant plusieurs siècles. Mais, en général, le scorbut, surtout celui qui affecte un grand nombre de personnes, survient sous l'influence de plusieurs de ces causes réunies; c'est ce qu'on vit, par exemple, pour le scorbut qui ravagea l'armée de Louis IX, et généralement pour toutes les maladies semblables qui sévirent sur les malheureuses populations du moyen-âge, ainsi que pour l'épidémie qui dévasta les quartiers pauvres de Paris, à la fin du règne de Louis XIV. Le scorbut n'est pas contagieux; les faits que Fodéré a réunis pour prouver le contraire ne sont pas concluants.

Traitement. — Le scorbut est une des maladies dont l'homme peut le plus se préserver lorsqu'il s'entoure de conditions hygiéniques favorables. Ainsi un air sec, des vêtements chauds, et une bonne alimentation à la fois végétale et animale sont les meilleurs préservatifs. Sur mer on peut encore se garantir du scorbut: cette maladie, en effet, quoique affectant quelquefois encore les équipages, est loin d'offrir la gravité qu'elle avait autrefois. Pour la prévenir il faut, à l'exemple de Cook, veiller à la propreté du navire; il faut n'y entretenir aucune cause d'humidité: on sera pourvu de provisions fraîches; les matelots auront de bons vêtements qu'ils changeront dès qu'ils seront humides; on leur donnera quelques fruits acides, on leur distribuera quelques rations de liqueurs spiritueuses; enfin on tâchera de les égayer par la musique, les danses, les spectacles, les récits, etc.

Si le scorbut se déclare, il faut, autant qu'on le peut, soustraire les individus aux causes qui ont développé la maladie. Si les malades peuvent manger, on leur donne une alimentation à la fois substantielle et douce; la chair de poissons, et surtout celle de tortue, sont très utiles. Les bouillons gras contenant beaucoup de plantes, le cresson, la laitue, l'oseille, le cerfeuil, les fruits acides, les limonades végétales, le lait, l'infusion de bourgeons de sapin, le bon vin, tels sont les moyens qu'il convient d'employer au début. Il faut en même temps vaincre la répu-

gnance que les malades ont pour le mouvement, et les forcer à se promener.

Tout le monde, mais Lind surtout, vante beaucoup les citrons et les oranges comme des moyens excellents pour guérir le scorbut et même pour s'en préserver. Les acides minéraux semblent, au contraire, avoir peu d'efficacité. On a aussi préconisé l'usage de toutes les plantes âcres ou amères : ainsi l'ail, l'ognon, la moutarde, le raifort, le cochléaria, le quinquina, ont été donnés en nature, en infusion, en conserve, en sirop. Ces moyens conviennent aussi dans les hémorrhagies; mais alors on les associe aux astringents. Il faut que le traitement soit continué pendant longtemps, si on ne veut pas avoir des rechutes. Le gonflement, l'état fongueux des gencives, exigent l'emploi de gargarismes toniques astringents : on pourra aussi les toucher avec l'acide chlorhydrique. Si les extrémités s'œdématient, on fera des frictions sèches avec la vapeur d'ambre, de benjoin; les ulcères seront lavés et pansés avec des substances antiseptiques. Si le scorbut se complique de dysenterie, on conseille d'employer des toniques et de petites doses de rhubarbe, la thériaque, le diascordium, ou bien encore on donne de temps en temps un peu d'ipécacuanha. Les scorbutiques ne supportent pas les saignées. Il faut aussi s'abstenir des purgatifs énergiques et des vésicatoires, car les premiers augmentent la faiblesse, et les seconds peuvent être suivis de gangrène.

Nature. — Le scorbut est une maladie générale dépendant de ce que le sang a perdu une grande partie de sa fibrine; cette altération explique la diathèse hémorrhagique qu'on observe, et qui forme un des traits caractéristiques de la maladie. Cette altération du sang ne nous paraît pas devoir être consécutive aux hémorrhagies; mais nous la croyons, au contraire, primitive, car bien qu'il n'y ait aucune expérience directe qui le prouve, on ne saurait néamoins le contester en ayant égard aux causes qui développent la maladie.

DEUXIÈME GENRE DE SÉCRÉTIONS MORBIDES.

DES SÉCRÉTIONS DE SÉROSITÉ.

L'exhalation morbide de la sérosité se fait communément dans le tissu cellulaire et les membranes séreuses où le liquide est retenu pendant un temps plus ou moins long. D'autres fois la sécrétion s'opère à la surface d'une membrane muqueuse, et dans ce cas on observe, suivant la disposition des parties, tantôt un flux, tantôt une collection, et quelquefois l'un et l'autre alternativement : c'est ce que nous allons voir dans les articles suivants.

DES HYDROPISES EN GÉNÉRAL.

On ne doit comprendre sous le nom d'*hydropisie* que l'accumulation de la sérosité dans les mailles du tissu cellulaire ou dans les membranes séreuses. Quelques auteurs ont pourtant étendu la signification du même mot à l'accumulation des fluides dans des cavités accidentelles comme les kystes, ou dans des organes tapissés par des membranes muqueuses tels que l'estomac ou l'utérus; mais nous ne croyons pas, d'accord en cela avec MM. Rayer et Littré, qu'on doive confondre sous la même dénomination des affections qui sont si distinctes les unes des autres. En comprenant seulement parmi les hydropisies les épanchements séreux du tissu cellulaire et des membranes séreuses, on forme un groupe naturel de maladies affectant des tissus identiques sous les rapports anatomique et physiologique : de plus nous verrons combien sont intimes les connexions qui lient les hydropisies des membranes séreuses à celles qui ont leur siége dans le tissu cellulaire : aussi les généralités que nous allons présenter s'appliqueront aussi bien aux premières qu'aux secondes, tandis que les épanchements des cavités muqueuses ou de certains kystes sont des maladies qu'on ne peut pas même rapprocher des hydropisies, car elles en diffèrent essentiellement par leurs causes, leurs symptômes et leur marche; les considérations que nous allons présenter ne sauraient donc leur être applicables.

Historique et divisions. — Les anciens ont connu et décrit les principales espèces d'hydropisies, sur la nature et la formation desquelles les idées les plus bizarres, en rapport avec les théories régnantes, ont été émises. Nous croyons inutile de les rappeler ici. Longtemps considérée comme une maladie distincte, l'hydropisie n'est guère aujourd'hui qu'un symptôme de différents états morbides que quelques anciens, guidés par leurs idées spéculatives, avaient indiqués en grande partie, mais dont l'existence n'a été démontrée que par les ouvertures des cadavres et par les expérimentations des physiologistes. Après toutes ces recherches, il est désormais prouvé que presque toutes les hydropisies sont *symptomatiques*, c'est-à-dire qu'elles sont le résultat d'une altération dans la texture de certains organes ou d'un changement survenu dans la quantité et la composition du sang. Quelques unes pourtant sont *idiopathiques*, c'est-à-dire dépendent d'un travail particulier, limité à l'organe même qui est devenu le siége de l'exhalation séreuse, mais dont la cause est presque toujours inconnue. Indépendamment de la division précédente, on a encore distingué les hydropisies en *actives* ou *sthéniques* et en *passives* ou *asthéniques*. Les premières sont celles qui, survenant promptement, ont une marche rapide et s'accompagnent de quelques symptômes de réaction ou d'excitation. On les a regardées comme affectant spéciale-

ment les sujets forts, sanguins, et on a supposé que la maladie résultait d'une augmentation dans la perspiration séreuse, due elle-même à un travail occulte qu'on a nommé *subinflammation* ou *irritation sécrétoire*. Les hydropisies atoniques ou passives, produites par une diminution dans l'absorption, auraient au contraire une marche lente, et ne s'accompagneraient d'aucun phénomène d'excitation ou de réaction du côté de l'organe qui est le siége de la congestion séreuse. Les hydropisies par obstacle à la circulation veineuse seraient le type de la forme passive. Beaucoup d'anasarques, qui se déclarent brusquement dans la convalescence des scarlatines ou dans la néphrite albumineuse aiguë, représentent assez bien la forme sthénique. Cette dernière division des hydropisies, proposée par M. Breschet, adoptée même de nos jours par M. Bouillaud, est souvent d'une application très difficile dans la pratique. Nous croyons donc préférable, avec les auteurs du *Compendium*, de lui substituer une division uniquement basée sur la connaissance des causes, sans néanmoins perdre de vue les caractères sthénique et passif, qui représentent bien quelque chose de réel et peuvent devenir la source de quelques indications précises, mais n'embrassent pas toutes les formes des hydropisies.

Causes des hydropisies. — Une gêne au cours du sang est la cause la plus fréquente des hydropisies; tels sont tous les obstacles apportés à la circulation générale, comme les maladies organiques du cœur, les épanchements dans le péricarde, certaines affections de l'aorte. D'autres fois c'est un obstacle ne gênant que la circulation veineuse d'une partie, et qui produit une hydropisie limitée à ce point du corps. Tels sont les cas où une veine d'un certain calibre est obstruée ou oblitérée par des concrétions fibrineuses ou pseudo-membraneuses, ou par la compression de quelques tumeurs extérieures. Cette cause d'hydropisies partielles, démontrée expérimentalement par Lower, admise comme réelle par Boerhaave, par Van-Swiéten, par Cullen, etc., a été confirmée par les recherches des médecins modernes, et spécialement par les observations de MM. Bouillaud et Reynaud.

Dans tous les cas qui précèdent, on s'explique facilement la production de l'hydropisie, si on se rappelle que les veines étant les agents principaux, sinon exclusifs, de l'absorption, cette fonction doit être troublée lorsque le sang circule difficilement dans ces vaisseaux. Il faut encore rapporter aux hydropisies par obstacle à la circulation veineuse toutes celles qui surviennent dans les cas d'hypertrophie de la rate, lorsque le foie a augmenté de volume, ou bien, au contraire, lorsqu'il est atrophié et le siége de cette altération que nous décrirons dans le tome II sous le nom de *cirrhose*. La production de l'hydropisie s'explique encore facilement ici par la gêne qu'éprouve la circulation abdominale, soit parce que les veines se trouvent comprimées par les viscères hypertrophiés,

soit, dans le cas de cirrhose ou d'atrophie du foie, parce que les ramifications de la veine porte, ayant suivi le foie dans son retrait, ont subi une diminution plus ou moins considérable de leur diamètre.

Si les maladies du système sanguin sont une cause très efficace d'hydropysie, il n'en est pas de même du système lymphatique, qu'on a parfois regardé comme pouvant déterminer certains épanchements séreux. Mais c'est à tort ; car on a vu ceux-ci manquer dans les cas où les principaux vaisseaux blancs avaient été oblitérés ou détruits et même après la ligature du canal thoracique sur les animaux. Nous n'admettons pas non plus, contrairement à Abercrombie et à quelques médecins anglais, l'existence d'hydropisies symptomatiques des maladies aiguës ou chroniques des poumons ; car il nous serait facile de prouver que les infiltrations et les épanchements séreux qui surviennent dans quelques unes de ces affections s'expliquent toujours par quelques unes des altérations qui produisent les hydropisies.

Il est une classe très importante d'hydropisies qui reconnaît pour cause une altération de sang : ainsi, il paraît que lorsque ce liquide existe en quantité trop considérable, des épanchements séreux peuvent se former. Les expériences sur les animaux vivants, tentées par M. Magendie, ont appris, par exemple, que si on injectait une certaine quantité d'eau dans le système circulatoire, on rendait l'absorption interstitielle moins active, et que l'inertie de cette fonction était bientôt suivie d'une exhalation séreuse dans diverses parties du corps. C'est ainsi qu'on a expliqué certaines hydropisies se formant rapidement chez des individus pléthoriques ou chez des personnes qui, s'étant gorgées de boisson, se sont mises à peu près dans les conditions de l'animal dans les veines duquel on injecte une grande quantité de liquide. Cependant les faits de ce genre sont excessivement rares, et d'ailleurs il n'est pas encore démontré que le sang, indépendamment de sa plus grande abondance, n'ait pas subi alors en même temps quelque altération dans ses qualités, car c'est en effet là la cause qui explique le développement d'un grand nombre d'hydropisies. Ainsi, des faits très nombreux ont aujourd'hui démontré que des hydropisies se produisaient dans des cas où le sang est appauvri, lorsque le nombre des globules diminue en même temps que la proportion de fibrine. C'est ce qu'on voit après des hémorrhagies abondantes, à une période avancée du scorbut et de plusieurs maladies chroniques, ou bien chez les individus qui vivent dans des lieux bas, humides, privés d'air, de lumière, et qui n'ont qu'une nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité. Mais l'altération du sang qui produit le plus souvent et le plus sûrement des épanchements séreux est la diminution des matériaux solides du sérum, et surtout la diminution de l'albumine. Nous avons vu, en effet, précédemment que telle était la cause des hydropisies qui surviennent si généralement dans le cours de

la néphrite albumineuse, lorsque le rein altéré enlève au sérum une grande quantité de son albumine.

Les altérations du sang et les obstacles à la circulation veineuse se combinent souvent et expliquent le développement de plusieurs hydropisies. C'est ainsi que les collections séreuses, qui sont si communes dans le cours des fièvres intermittentes prolongées, reconnaissent non seulement pour cause une gêne dans la circulation, occasionnée par le développement insolite de la rate, mais peut-être plus encore l'altération profonde que le sang a subie. Ceci s'applique également aux affections cancéreuses, qui se compliquent souvent d'hydropisies dont le développement s'explique encore par l'état de cachexie et de débilité, aussi bien que par l'oblitération des veines, produite tantôt par compression, plus souvent peut-être par la formation de caillots souvent mêlés à du détritus cancéreux.

D'après ce qui précède, on voit qu'il y a manifestement un ordre d'hydropisies qui reconnaît pour point de départ une altération du sang : tantôt c'est un vice de proportion dans la quantité de ce liquide, plus souvent c'est une *altération de qualité*. Nous avons admis que la défibrination du sang et que la diminution des globules pouvaient produire des épanchements séreux; mais nous nous hâtons de reconnaître que ces altérations ne sont pas celles qui déterminent le plus grand nombre d'hydropisies ni celles de ces maladies qui sont le plus intenses. D'ailleurs, à quelque degré que ces altérations existent, qu'elles soient isolées ou réunies, elles n'ont pas *nécessairement* pour effet de produire une hydropisie. Il n'en est pas de même quand la proportion d'albumine du sérum vient à diminuer, car alors l'hydropisie semble être une conséquence nécessaire et presque inévitable; c'est un point que M. Andral a parfaitement établi tout récemment. Le savant professeur paraît même, jusqu'à un certain point, mettre en doute qu'il y ait d'autres hydropisies par altération du sang que celles qui résultent de la diminution de l'albumine. Suivant lui, ce serait par suite d'une pareille altération qu'il faudrait expliquer ces hydropisies qui ont quelquefois affecté une population entière, que M. Gaspard, par exemple, a vues régner épidémiquement, en 1816, dans plusieurs départements du centre de la France, où les habitants avaient été réduits à chercher leur nourriture dans des racines et des herbes des champs qu'ils faisaient cuire. L'opinion de M. Andral, quoiqu'elle ne soit pas encore démontrée, a néanmoins quelque fondement; car, lorsqu'on analyse ainsi qu'il l'a fait le sang des moutons qui deviennent hydropiques pour avoir été nourris dans des lieux humides, avec des pâturages de qualité insuffisante, on trouve que, chez eux, il y a beaucoup moins d'albumine dans le sérum.

Enfin, il est des hydropisies qui, ne reconnaissant aucune des causes précédemment indiquées, se lient à un état particulier, presque toujours

inconnu, des organes dans lesquels la sécrétion morbide s'opère ; ce sont là, à proprement parler, les hydropisies idiopathiques et essentielles. On constate, dans ces cas, un travail morbide, une exagération dans la sécrétion séreuse sans qu'on puisse rattacher celle-ci à aucune altération d'un solide ou d'un liquide. On a dit qu'il y avait alors sub-inflammation ou irritation sécrétoire ; mais, comme nous avons déjà eu occasion de le dire, il ne faut pas accepter ces mots comme exprimant quelque chose de réel, mais seulement comme l'explication d'un phénomène dont nous n'avons pu jusqu'à ce jour déterminer le mécanisme. Quoi qu'il en soit, ces hydropisies dites par irritation sécrétoire se développent quelquefois brusquement à la suite de l'impression du froid. Ainsi on a vu des ascites et des anasarques survenir chez des individus qui, ayant le corps échauffé, avaient été mouillés par la pluie ou étaient tombés dans l'eau. Le même effet a, dit-on, été produit chez des personnes qui ont bu étant en sueur une boisson glacée. Il semblerait que, dans ces cas, les fonctions de la peau ayant été momentanément suspendues, une sécrétion supplémentaire s'est faite dans le tissu cellulaire ou dans une séreuse ; c'est probablement de cette manière que surviennent quelques unes des hydropisies consécutives aux fièvres éruptives. Mais il ne faut pas oublier que, dans beaucoup de cas, ces dernières se rattachent à l'existence d'une affection des reins, et qu'il en est de même pour beaucoup de celles qui se déclarent brusquement au milieu de la santé, sans cause appréciable, ou à la suite d'un refroidissement. On peut lire à ce sujet, dans l'*Essai d'hématologie*, page 157, de M. Andral, un exemple fort curieux ; nous en avons nous-même observé quelques uns d'à peu près semblables ; néanmoins, dans quelques cas, il nous a été absolument impossible de trouver une altération quelconque du côté des reins. Il est donc probable que la proportion d'albumine du sang n'avait pas alors diminué ; je dis probable, car il ne serait pas impossible à la rigueur qu'on vît chez l'homme ce que M. Andral a rencontré plusieurs fois chez les individus de l'espèce ovine, des hydropisies coïncidant avec une diminution de l'albumine dans le sang sans que les reins fussent malades et indépendamment de l'écoulemen préliminaire de ce principe par l'urine.

Anatomie pathologique. — Quel que soit le point du corps où siège l'hydropisie, le fluide épanché se rapproche beaucoup du sérum du sang par son aspect et par ses propriétés chimiques. Il est, en effet, limpide, inodore, incolore, de couleur légèrement citrine, parfois un peu sanguinolent ; sa pesanteur spécifique varie entre 1006,7 et 1064 (Marcet) ; il est formé presque entièrement d'eau, dont la proportion est toujours plus considérable que dans le sérum du sang. En effet, si ce dernier, quand il est le plus chargé d'eau, ne contient en moyenne que 790 de ce principe, il atteint dans la sérosité des hydropisies le chiffre 986

comme maximum, et 930 comme minimum. Le sérum contient en outre différents sels, tels que de l'hydrochlorate de soude et de potasse, des sulfates de potasse et de soude, des phosphates de fer, de chaux, de magnésie, dont la quantité est à peu près celle qu'on trouve dans le sérum du sang. Marcet y a découvert aussi une matière animale particulière, soluble dans l'eau, incoagulable par la chaleur, et qu'il nomme *muco-extractive*. Enfin, en faisant bouillir ce liquide ou en le traitant par l'acide nitrique, on décèle la présence de l'albumine; la quantité de ce produit, ainsi que M. Andral l'a constaté, varie depuis 4 jusqu'à 48. Il résulte aussi des recherches du même auteur que le siége de l'hydropisie, comme la nature de sa cause, n'exerce aucune influence sur l'élévation plus ou moins grande du chiffre de l'albumine; mais il n'en est pas de même de l'état plus ou moins grand d'intégrité de la constitution. En effet, plus celle-ci est encore entière et forte, plus en général les sérosités épanchées contiennent d'albumine. Une circonstance remarquable, également signalée par M. Andral, c'est que, dans les cas où, chez un même individu, il existe à la fois en des lieux divers plusieurs épanchements séreux, les liquides qui les constituent peuvent différer notablement les uns des autres relativement à la proportion d'albumine qu'ils contiennent. La quantité de sérosité épanchée varie beaucoup dans les différentes espèces d'hydropisies. Si elle est considérable, elle produit une distension des tissus; les cavités qui la contiennent sont agrandies; certains organes, ayant été fortement comprimés par le liquide, sont affaissés, flétris, atrophiés. Enfin quelques auteurs, se fondant surtout sur quelques faits relatés par Lower, Morgagni et Mascagni, ont prétendu que chez les hydropiques on trouvait souvent les vaisseaux lymphatiques volumineux et distendus; mais on a ici évidemment conclu d'après quelques cas exceptionnels; car l'observation journalière ne démontre aucune lésion appréciable dans le système lymphatique des individus qui succombent avec une hydropisie.

Symptômes. — Les symptômes généraux et locaux des hydropisies varient beaucoup suivant leur siége, et surtout suivant la cause qui les a produites. Dans la plupart des cas, on constatera une augmentation dans le volume des parties et certains symptômes dus à la compression que le fluide épanché exerce sur les organes avec lesquels il est en contact. Les accidents varient d'ailleurs suivant l'abondance de l'épanchement, la rapidité avec laquelle il se forme, et la résistance des parties qui le renferment. Quant aux symptômes généraux, il n'en est aucun qu'on puisse regarder comme spécial à l'existence d'un épanchement séreux : ainsi c'est à tort qu'on a indiqué une soif intense, l'aridité de la peau et de la muqueuse buccale, la constipation, les urines rares, en un mot la diminution de la plupart des sécrétions, comme accompagnant toutes les hydropisies; car ces différents symptômes n'existent

pas chez la plupart des malades, et souvent, quand on les rencontre, ils doivent être rapportés à d'autres causes qu'à l'hydropisie elle-même.

Marche. — La marche des hydropisies varie : les unes ont une durée rapide, et cessent après quelques jours ; d'autres persistent des mois ou même des années entières. La terminaison peut être favorable ou funeste. Dans le premier cas, l'hydropisie cesse tantôt peu à peu, d'autres fois rapidement, et sa disparition coïncide souvent avec un flux considérable d'urine, avec une diarrhée séreuse, ou bien avec une abondante diaphorèse. Enfin, dans quelques cas fort rares, la guérison s'est effectuée après que la sérosité a été évacuée par une ouverture spontanée de la peau. Les hydropisies idiopathiques ne sont pas les seules qui guérissent, mais on voit encore disparaître celles qui dépendent d'une lésion organique, lors même que celle-ci n'a éprouvé aucune amélioration. Mais dans ces cas la guérison n'est que passagère, car au bout d'un temps plus ou moins long l'hydropisie apparaît de nouveau. Elle peut ainsi cesser et reparaître plusieurs fois de suite avant de devenir définitive ; cependant il est bien rare qu'après la troisième récidive elle puisse diminuer, et surtout disparaître encore. La mort est une terminaison beaucoup plus ordinaire des hydropisies. Elle a lieu, tantôt par les progrès toujours croissants des maladies dont l'hydropisie est un des symptômes, tantôt par suite de quelque complication, ou par quelque accident produit par l'épanchement lui-même, tels que des gangrènes et des érysipèles phlegmoneux (dans l'anasarque), l'asphyxie (dans l'hydrothorax). Enfin des troubles cérébraux, tels que des convulsions, du délire, et plus souvent encore le coma et la résolution, emportent un certain nombre de malades. Ces accidents, parfois précédés de céphalalgie, de torpeur, se développent en général brusquement ; ils sont presque toujours précédés d'une diminution considérable de l'hydropisie. Le développement des symptômes apoplectiques dépend ici de ce que la sérosité résorbée a été portée vers les centres nerveux par un véritable mouvement métastatique : aussi, à l'autopsie des sujets qui ont succombé aux accidents dont je parle, on a trouvé des épanchements séreux considérables dans les ventricules, dans la cavité arachnoïdienne, ou dans le tissu cellulaire de la pie-mère, ou bien enfin, mais beaucoup plus rarement, la sérosité était combinée avec la substance cérébrale elle-même.

Diagnostic. — Le diagnostic des hydropisies offre deux problèmes à résoudre : 1° reconnaître l'hydropisie ; 2° déterminer si elle est essentielle ou symptomatique. Il est, en général, facile de reconnaître un épanchement séreux par les troubles fonctionnels qu'on observe ainsi que par les signes que fournissent l'inspection des parties, la palpation et la percussion : il est beaucoup plus difficile de remonter à la cause qui a produit et qui entretient la maladie. Cependant, pour déterminer

ce point de diagnostic, on aura surtout égard à la marche plus ou moins rapide de l'hydropisie, aux parties du corps qu'elle a d'abord affectées, aux circonstances qui l'ont précédée, aux symptômes qui l'accompagnent. Il ne faut pas oublier que le nombre des hydropisies idiopathiques et essentielles est aujourd'hui extrêmement restreint; que lorsqu'on ne pourra pas expliquer le développement des épanchements séreux par un obstacle mécanique à la circulation, presque toujours on en trouvera le point de départ dans une altération de sang; et comme de toutes ces lésions celle qui produit le plus sûrement les hydropisies consiste dans une diminution de l'albumine qui est éliminée par les reins, on devra toujours rechercher si l'urine ne renferme pas ce principe.

Pronostic. — Le pronostic de l'hydropisie est subordonné à la cause qui l'a produite, au siége de l'épanchement, au nombre des récidives, aux complications qui surviennent. La diminution de l'épanchement est généralement une circonstance favorable; toutefois ce signe n'aura d'importance qu'autant que l'état général se sera également amélioré, attendu que quelquefois, comme nous l'avons dit, la diminution brusque de l'hydropisie coïncide avec l'apparition de symptômes cérébraux graves. D'ailleurs il n'est pas rare encore de voir les épanchement séreux diminuer notablement dans les derniers jours de l'existence.

Traitement. — Dans le traitement de toute hydropisie, il y a deux indications à remplir : 1° combattre la cause de la maladie; 2° favoriser l'évacuation du liquide épanché.

Première indication. — Les moyens à employer pour satisfaire à la première indication varient suivant la cause qui a produit l'hydropisie. Celle-ci dépend-elle d'un obstacle au cours du sang, il faudra s'efforcer de le diminuer ou de le détruire, chose, d'ailleurs, qu'il est rarement possible de faire. Mais il est certaines causes d'hydropisies, telles que la pléthore et l'état anémique, qui peuvent être combattues efficacement; la première, par la saignée et l'appareil des moyens antiphlogistiques; la seconde, par les toniques, les ferrugineux et un régime analeptique. Quelle que soit, d'ailleurs, la cause première de l'hydropisie, il faut, avant de songer à évacuer la sérosité, combattre avec soin l'état inflammatoire ou sthénique qui tantôt est la cause de l'hydropisie, qui d'autres fois vient seulement la compliquer. Cet état sthénique, spécialement caractérisé par la force et la vibrance du pouls, la chaleur et la congestion de la peau, réclame l'emploi des émissions sanguines, que l'on proportionnera d'ailleurs aux forces du sujet et à l'intensité des symptômes. Les antiphlogistiques seront d'autant mieux indiqués que ces accidents surviennent le plus souvent chez des sujets jeunes, vigoureux, bien nourris, et chez lesquels l'hydropisie s'est développée rapidement. Les médecins anglais conseillent dans ces cas l'emploi simultané de l'opium et du calomel à doses fractionnées (10 à 20 centigrammes

calomel et 2 à 10 centigrammes d'opium toutes les trois heures). Beaucoup proposent de continuer ces moyens jusqu'à salivation : l'efficacité de ce traitement n'est pas encore suffisamment démontrée.

Deuxième indication. — Lorsqu'on a combattu convenablement les états sthénique et asthénique, ou bien lorsqu'aucune de ces deux indications n'existe, et que l'hydropisie tenant à une cause matérielle, on ne peut espérer qu'un soulagement momentané, il faut tenter l'évacuation de la sérosité. On y parvient par des moyens directs tels que l'incision ou la ponction des parties dans lesquelles le liquide est épanché; ou bien on emploie des moyens indirects tels que les purgatifs, les vomitifs, les diurétiques, les sudorifiques, les sialagogues, les vésicatoires, dans le but de provoquer des sécrétions artificielles et d'activer l'absorption aux dépens du liquide épanché. Parmi ces moyens, les purgatifs, et surtout les purgatifs drastiques, sont ceux qui ont le plus d'efficacité; on les emploie lorsqu'aucune complication des organes digestifs n'en contre-indique l'usage. L'huile de croton tiglium, le jalap, le sirop de nerprun, la gomme-gutte, les décoctions de sureau, ou *sambucus nigra* (32 grammes pour deux pintes d'eau réduites à une), les pilules de Bacher, dont l'ellébore forme la base, au nombre de deux à dix par jour, sont les principales substances purgatives auxquelles on aura recours. On devra les administrer à des intervalles très rapprochés, c'est-à-dire tous les deux ou trois jours; sans cette précaution on voit l'hydropisie reparaître avec une grande rapidité.

Les diurétiques spécialement employés dans les hydropisies sont les tisanes faites avec le chiendent, la pariétaire, les queues de cerises, la turquette, le fraisier, le cerfeuil, l'asperge, le genêt vert, auxquelles on ajoute une certaine quantité de nitre ou d'acétate de potasse aux doses indiquées (précédemment, page 373). Les poudres de digitale et de scille pourraient également être prescrites. On a aussi conseillé d'introduire les diurétiques par la peau. Dans ce but on pratique des frictions avec les teintures de scille et de digitale, ou bien on met des compresses trempées dans une forte décoction de ces plantes. C'est un moyen que M. Trousseau a beaucoup préconisé. Les sudorifiques sont des agents plus incertains encore dans leur action que les diurétiques; les fumigations aromatiques, et surtout les bains de vapeur, sont le moyen le plus efficace pour produire la diaphorèse. On peut y joindre l'emploi des bois sudorifiques, de la poudre de Dower, etc., et l'usage de la flanelle.

Le régime alimentaire variera suivant les conditions particulières des malades. Dans aucun cas on ne doit, à l'exemple des anciens, priver les malades de boisson de peur d'augmenter l'hydropisie; car cette crainte n'est nullement fondée : c'est donc sans motifs qu'on ajouterait le tourment de la soif aux souffrances de la maladie.

DES HYDROPISIES EN PARTICULIER.

DE L'ANASARQUE.

On donne les noms d'*anasarque* ou de *leucophlegmatie* (1) à l'accumulation de sérosité dans les mailles du tissu cellulaire de tout le corps; elle est surtout manifeste dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Caractères anatomiques. — Cette hydropisie est caractérisée par un gonflement, en général indolent, qui cède sous le doigt, et en conserve l'impression pendant un temps plus ou moins long. Si on incise les parties infiltrées, il en ruisselle de la sérosité ayant les qualités dont nous avons précédemment parlé. Le tissu cellulaire est raréfié, les mailles sont agrandies, il est souvent ramolli, plus friable (Lobstein), parfois même il est diffluent, d'aspect gélatineux, et n'a plus son organisation. La sérosité existe en plus grande abondance dans le réseau cellulaire sous-cutané; quelquefois elle s'accumule aussi entre les couches musculaires, dans leurs interstices celluleux et dans le tissu cellulaire qui double les membranes muqueuses, séreuses, ou entre les différentes tuniques des viscères membraneux. Si l'anasarque est ancienne, les muscles sont décolorés, comme macérés; la peau est blanche, amincie, demi-transparente.

Division et étiologie. — On peut établir, pour l'étude de l'anasarque, toutes les divisions que nous avons admises précédemment. Elle peut se développer sous l'influence de chacune des causes que nous avons énumérées à l'occasion des hydropisies en général.

Symptômes. — Le début de l'anasarque varie suivant qu'elle est aiguë ou chronique, et surtout d'après les causes qui président à son développement. Il est très rare de voir l'hydropisie être tout-à-coup générale, et même il n'est pas fréquent qu'elle envahisse à la fois plusieurs points du corps. C'est ce qu'on observe cependant dans les cas où l'anasarque est symptomatique d'un état pléthorique, ou bien encore lorsque l'hydropisie est le résultat d'une maladie aiguë, telle qu'une aortite (Bizot), une péricardite (Chomel), certaines variétés de la néphrite albumineuse, et particulièrement celle qui survient au déclin de la scarlatine (Hamilton, Rayer). Dans la plupart des cas, surtout si l'anasarque est passive, on voit l'hydropisie limitée, pendant un temps plus ou moins long, à un point plus ou moins circonscrit, se propager ensuite successivement à tout le reste du corps. Les parties primitivement envahies par l'infiltration séreuse diffèrent, d'ailleurs, suivant la cause qui produit l'anasarque, circonstance importante à noter dans le dia-

(1) Anasarque de ανα, *entre*, et de σαρξ, *chair*. Leucophlegmatie, λευκὸς, *blanc*, et de φλεγμὰ, *phlegme*.

gnostic différentiel. Les caractères de l'anasarque varient : en général, la peau est pâle ou d'un blanc presque laiteux ; la pression du doigt détermine sans effort et sans exciter aucune douleur un enfoncement qui disparaît lentement dès qu'on cesse de comprimer. Quelquefois cependant les téguments présentent une dureté, une résistance remarquable que j'ai plus spécialement rencontrée lorsque la sérosité occupe la paroi de l'abdomen. L'infiltration est d'autant plus considérable et plus abondante qu'elle se fait dans un tissu cellulaire plus lâche. Ainsi les paupières sont quelquefois tuméfiées au point de recouvrir complétement le globe oculaire; les grandes lèvres chez la femme, le scrotum chez l'homme peuvent acquérir le volume d'une tête d'adolescent ; si la verge est très infiltrée, le prépuce se contourne en spirale, et l'excrétion de l'urine devient difficile. Dans tous les cas, la sérosité, obéissant aux lois de la pesanteur, s'accumule en plus grande quantité dans les points déclives, tels que la région lombaire ; pour la même raison, elle est plus abondante dans les membres inférieurs que dans les supérieurs ; il n'est même pas rare de voir les premiers doubler, ou même tripler de volume. Lorsque la peau se trouve ainsi distendue outre mesure, elle offre une température au-dessous de la moyenne ; elle perd son humidité et sa souplesse, sa sensibilité diminue, et parfois celle-ci cesse si complétement qu'on a vu des malades se faire des brûlures larges et profondes sans en avoir la conscience. Cette distension extrême de la peau peut être portée à un degré tel, qu'on voit cette membrane se fendiller, se crevasser, et livrer ainsi passage à la sérosité. D'autres fois la peau, sous l'influence de cette tension permanente, ou bien à l'occasion d'une plaie, d'une piqûre, ou de toute autre cause d'irritation, est frappée d'inflammation érysipélateuse, qui se termine presque toujours par gangrène, accident qui devient souvent une des causes principales de la mort.

Les symptômes généraux varient suivant la cause qui provoque et entretient l'anasarque ; dans la plupart des cas il y a langueur de toutes les fonctions de l'économie, la soif est plus ou moins vive ; la diarrhée, qui se déclare surtout à une période avancée de la maladie, vient encore augmenter la faiblesse ; l'urine est généralement peu abondante, et dans le cas où l'anasarque est symptomatique de la maladie de Bright, ce liquide contient, comme nous l'avons dit, une quantité d'albumine plus ou moins considérable. Les caractères précédents se remarquent surtout dans la forme d'anasarque que les auteurs nomment asthénique ou passive.

Marche. —Si l'hydropisie est aiguë, on la voit se manifester rapidement et occuper en quelques heures une grande étendue, et quelquefois même toute l'habitude extérieure du corps. La peau offre souvent une teinte légèrement rosée ; elle est chaude, sèche, rénitente au toucher, et

si on la presse fortement avec le doigt, on excite une légère douleur et on détermine une petite dépression qui disparaît promptement dès qu'on cesse de comprimer; il existe toujours alors une fièvre plus ou moins vive, et si l'on saigne les malades, le sang présente communément la couenne inflammatoire. L'anasarque reste tantôt stationnaire, d'autres fois elle s'accroît de plus en plus; il est rare pourtant que le corps acquière ce volume énorme et parfois monstrueux qu'il a dans les anasarques chroniques et passives. Dans cette forme aiguë de la maladie, le fluide épanché semble obéir moins complétement aux lois de la pesanteur, et on ne voit pas comme dans les anasarques passives les parties déclives former des bourrelets volumineux et se déformer par suite d'une accumulation excessive de la sérosité. Tels sont les symptômes signalés par la plupart des auteurs comme indiquant l'existence d'une anasarque *idiopathique aiguë*. Mais si, dans des cas pareils, on veut explorer avec soin toutes les fonctions de l'économie, on découvrira certainement dans le cœur, le péricarde ou les reins, ou dans le sang, la cause matérielle qui a provoqué l'hydropisie. De toutes ces causes organiques, la néphrite albumineuse à forme aiguë est celle qui produit le plus souvent l'anasarque active. Dans ces cas, la douleur dans la région lombaire et surtout l'état albumineux de l'urine permettront d'établir un diagnostic certain.

A une période avancée, la plupart des anasarques se compliquent d'épanchements séreux dans diverses cavités et spécialement dans le péritoine et dans les plèvres. Si la maladie se termine par le retour à la santé, on voit l'infiltration diminuer peu à peu; la face et les pieds sont les parties du corps où elle cesse en dernier lieu.

Diagnostic. — Il est impossible de confondre l'anasarque avec aucune autre maladie; mais il est beaucoup plus difficile de déterminer la cause qui a produit l'infiltration séreuse. Pour résoudre ce dernier problème, on cherchera les parties que l'hydropisie a primitivement envahies, la marche qu'elle a suivie, les troubles fonctionnels qui coïncident avec elle et les circonstances qui ont précédé son développement. Ainsi, l'observation a démontré que l'anasarque qui est survenue lentement et qui a commencé par l'infiltration des pieds et des jambes reconnaît presque toujours pour cause une affection organique du cœur. Celle qui est symptomatique d'une maladie de la rate et du foie a, il est vrai, le même mode d'origine, mais elle diffère de la précédente par cette circonstance remarquable que la suffusion séreuse des membres survient toujours consécutivement à l'hydropisie du péritoine. Il paraît en être à peu près de même pour l'anasarque qui succède à la compression ou à l'oblitération du tronc de la veine cave inférieure. Il y a de plus, dans ce cas, une dilatation considérable et parfois variqueuse des veines superficielles des parois abdominales. L'anasarque qui a débuté par la face ou par les mains, celle dans laquelle l'infiltration occupe à la fois plusieurs points

du corps éloignés les uns des autres, comme les paupières, un membre, la paroi antérieure de la poitrine, etc., se lie presque nécessairement à l'existence d'une maladie de Bright. Il en est de même de l'infiltration qui envahit presque d'emblée toute la surface du corps. Si les reins étaient exempts d'altération, on rechercherait alors s'il n'existe pas quelque phlegmasie du péricarde, du cœur, de l'aorte, ou un état pléthorique, parce que ces maladies sont, après les affections rénales et les fièvres éruptives, la cause la plus ordinaire des anasarques qui se montrent rapidement; enfin il sera toujours facile de rapporter à leur véritable cause les anasarques qui succèdent aux fièvres intermittentes prolongées, aux fièvres éruptives, ou qui sont symptomatiques d'un état cachectique.

Pronostic. — L'anasarque est une maladie toujours grave; il n'y a que celle qui survient brusquement sous l'influence de la pléthore qui n'offre presque aucun péril et qui cède généralement en peu de temps aux moyens qu'on lui oppose.

Traitement. — Dans le traitement de l'anasarque, on suivra les règles que j'ai tracées précédemment à l'occasion des hydropisies en général. Je n'ai rien à ajouter aux préceptes que j'ai donnés; mais malheureusement on rencontre fréquemment des cas qui sont rebelles aux moyens que j'ai énumérés. L'hydropisie continuant, au contraire, à s'accroître, excite des douleurs vives par la distension de la peau; elle rend le mouvement des parties difficile ou même absolument impossible; il est alors urgent d'avoir recours à quelques moyens chirurgicaux pour évacuer la sérosité. C'est dans ce but qu'on a conseillé les vésicatoires, les sétons, le cautère, médications qui sont à juste titre abandonnées généralement aujourd'hui, car elles avaient l'inconvénient d'exciter dans les lieux où on les appliquait des inflammations qui se terminaient presque toujours par gangrène. Le même danger serait à redouter si, pour évacuer la sérosité, on pratiquait des scarifications, des incisions linéaires et très superficielles, ou même de petites mouchetures sur la peau. M. Roche dit avoir souvent employé avec avantage de simples piqûres pratiquées avec une aiguille à acupuncture. Mais je doute qu'on parvienne par là à livrer à la sérosité une issue suffisante. Je crois que le moyen qui présente le moins d'inconvénients consiste à faire avec une lancette étroite une simple piqûre qui intéresse toute l'épaisseur de la peau, en ayant soin de choisir un point où cette membrane ne soit pas trop amincie ni affectée d'érysipèle. Si, malgré ces précautions, la gangrène s'emparait des lèvres des petites solutions de continuité, on pourrait appliquer avec quelque avantage, sur les parties malades, des compresses imbibées d'huile essentielle de térébenthine. Le docteur J. Copland dit que ce topique amène la résolution rapide de l'infiltration, et rétablit la cohésion du tégument qui entoure les parties ramollies ou détruites.

DE L'ŒDÈME.

L'œdème ne diffère de l'anasarque que parce que l'infiltration, au lieu d'être générale, est limitée à une partie du corps. D'après le siége de l'infiltration séreuse, on doit distinguer un œdème *sous-cutané*, *sous-muqueux*, *sous-séreux*, *interstitiel*, et *parenchymateux*.

L'œdème sous-cutané offre les mêmes caractères extérieurs que l'anasarque : il a la même étiologie, c'est-à-dire qu'il est presque toujours symptomatique. Phénomène fréquent dans la convalescence, et dans la dernière période des maladies chroniques, il occupe le plus souvent les membres inférieurs, surtout au niveau des malléoles, et se lie alors communément à la faiblesse des sujets. Il présente tous les caractères d'un œdème passif, c'est-à-dire que la peau est d'un blanc mat, que la tuméfaction est complétement indolente, et qu'elle conserve longtemps l'impression du doigt. Cependant il n'est pas rare de voir l'œdème qui survient pendant la convalescence des maladies fébriles présenter la plupart des caractères de l'œdème actif, c'est-à-dire que la peau est moins décolorée, la pression y est douloureuse, la tuméfaction résiste davantage que précédemment, et conserve moins longtemps l'impression du doigt. Cet œdème, presque toujours borné à une partie de la jambe, offre, comme on le verra, quelque ressemblance avec l'œdème douloureux des femmes en couches. Il est difficile d'en expliquer le développement : rien ne prouve qu'il se rattache à quelque obstacle à la circulation veineuse ou à une altération du sang. Hors ces circonstances, l'œdème qui occupe les deux membres inférieurs à la fois est le premier degré d'une hydropisie qui tôt ou tard deviendra générale, et qui le plus souvent est symptomatique d'une affection organique du cœur. Nous avons vu aussi qu'un obstacle au cours du sang dans la veine cave inférieure pouvait produire le même phénomène. Enfin l'œdème qui affecte si souvent les membres inférieurs chez les femmes atteintes de cancer utérin, se lie presque toujours à la présence de caillots fibrineux adhérents, mêlés à des détritus cancéreux, qui obstruent les veines iliaques, crurales et hypogastriques. C'est un fait que j'ai eu occasion de vérifier fréquemment à l'hospice de la Salpêtrière il y a déjà plus de douze ans. L'œdème, borné à l'un des membres, indique presque toujours l'obstruction ou l'oblitération d'un des vaisseaux qui rapportent vers le tronc le sang de ce membre. Ainsi l'œdème permanent de la jambe et du pied est souvent produit par la compression qu'un anévrysme poplité ou inguinal, qu'une hernie crurale ou qu'un bandage destiné à la maintenir exercent sur la veine principale du membre. D'autres fois, c'est dans la fosse iliaque elle-même que réside la cause de l'œdème : tels sont en particulier les tumeurs phlegmoneuses et les ané-

vrysmes des artères iliaques qui compriment la veine du même nom. L'œdème d'un des membres supérieurs doit aussi porter le médecin à explorer attentivement le creux axillaire et la cavité thoracique, car cette infiltration dépend souvent de la compression qu'exercent sur les veines des membres diverses tumeurs solides, et particulièrement des tumeurs anévrysmales. L'œdème occupe-t-il la moitié de la face et du cou, on devra diagnostiquer un obstacle à la terminaison de la veine jugulaire. Enfin, l'hydropisie envahit-elle à la fois toute la moitié supérieure du tronc, comme dans un fait observé il y a peu d'années à la clinique de M. Chomel, on devra diagnostiquer qu'un obstacle considérable (tumeur cancéreuse des médiastins, anévrysme de l'aorte) s'oppose au retour du sang dans le tronc de la veine cave supérieure. Un œdème circonscrit, survenant dans un point qui a été le siége d'une tumeur phlegmoneuse, est souvent le seul signe qui indique l'existence d'un abcès plus ou moins profond. C'est ce qu'on observe, par exemple, fréquemment pour les abcès sous-aponévrotiques des membres, pour ceux des fosses iliaques; enfin l'infiltration séreuse d'une moitié de la face est un phénomène qui seul, dans quelques cas, a conduit M. Chomel à chercher et à reconnaître un abcès formé sur le bord alvéolaire d'une des mâchoires, et dû presque toujours à l'altération d'une dent. Ici l'œdème dépend encore de la gêne de la circulation produite par la tuméfaction des parties. L'infiltration séreuse qu'on observe aussi fréquemment au pourtour des parties enflammées reconnaît la même cause. Enfin quelques cas de gangrène spontanée des membres sont précédés, ou du moins accompagnés, d'un œdème considérable, circonstance qui doit faire soupçonner qu'un des principaux obstacles au cours du sang réside dans les troncs veineux.

Les faits qui précèdent, et que j'aurais pu encore beaucoup multiplier, démontrent combien est grande la valeur séméiotique de l'œdème. Celui-ci se reconnaît ordinairement à la pâleur de la peau et à la dépression qu'on produit sur cette membrane en y appuyant le doigt: cependant ce dernier caractère paraît manquer quelquefois. Ainsi la dépression peut ne pas être sensible à la vue; mais si on passe légèrement et à plusieurs reprises la pulpe du doigt sur le lieu qui a été comprimé, on distingue un léger enfoncement qui ne tarde pas à disparaître. Lorsque l'œdème est encore peu considérable et qu'il n'occupe que la couche la plus superficielle du tissu cellulaire, on parvient encore à le constater facilement en pinçant la peau entre les doigts, ce qui a pour effet de produire une dépression tout-à-fait caractéristique. C'est là souvent le seul moyen de reconnaître l'œdématie commençante de la partie supérieure et interne des cuisses.

On oppose à l'œdème le même traitement que pour l'anasarque. J'ajouterai pourtant que dans un grand nombre de cas, une position conve-

nable favorisant la circulation veineuse suffit pour faire disparaître la maladie. Enfin la compression, à l'aide d'un bandage roulé, est un des moyens les plus efficaces pour guérir l'œdème ou pour l'empêcher d'augmenter aussi rapidement lorsqu'il se rattache à une lésion permanente. Dans l'œdème douloureux de la convalescence, on devra envelopper les parties de fomentations narcotiques; le docteur Graves, qui a publié quelques recherches à ce sujet, pense que le meilleur moyen à opposer à cette sorte d'œdème consiste à promener sur la tuméfaction des membres des vésicatoires volants; mais ce traitement nous paraît pire que le mal.

L'œdème sous-cutané offre deux variétés importantes à étudier, qui sont *l'œdème des nouveaux-nés* et la *phlegmatia alba dolens.*

DE L'ŒDÈME DES NOUVEAUX-NÉS.

Les nouveaux-nés abandonnés dans les hospices sont fréquemment atteints, dans les premiers jours qui suivent leur naissance, d'un œdème limité parfois à quelques parties, et qui envahit ordinairement presque toute la périphérie du corps. Comme nous le dirons, cette hydropisie ne diffère pas des œdèmes ordinaires, et c'est à tort que plusieurs auteurs, se fondant sur quelques phénomènes accidentels et tout-à-fait étrangers à la maladie, ont attribué à l'œdème des nouveaux-nés des caractères qu'il n'a pas, et l'ont par suite désigné improprement par les mots de *sclérème*, d'*induration*, d'*endurcissement*, d'*œdème dur.*

Lésions cadavériques. — La maladie dont je parle est véritablement un œdème, car si on incise après la mort les points où le gonflement a existé pendant la vie, on fait ruisseler une quantité plus ou moins considérable de sérosité jaune qui n'infiltre guère que le tissu cellulaire sous-cutané, lequel n'offre, d'ailleurs, aucune autre altération (Valleix). Sur les cadavres des nouveaux-nés qui succombent à l'œdème, on trouve le tube digestif souvent injecté; le système sanguin est gorgé de sang; les poumons sont souvent hépatisés; enfin, d'après les recherches récentes de notre ami, le professeur Charcellay, les reins seraient presque toujours le siége de quelque altération. Ainsi ils seraient tantôt hypérémisés, tantôt pâles, anémiques, petits, atrophiés, ou bien durs, résistants, friables. Enfin, la substance corticale serait souvent anémique, jaunâtre, hypertrophiée, d'un aspect granuleux. En un mot, on voit que l'habile médecin de Tours a trouvé chez les enfants succombant à l'œdème du tissu cellulaire quelques unes des altérations qui caractérisent la maladie de Bright : aussi M. Charcellay établit-il comme proposition générale que l'*œdème des nouveaux-nés reconnaît très souvent pour cause une néphrite albumineuse.* Plusieurs des faits rapportés par l'observateur distingué que je viens de citer justifient cette manière de

voir; néanmoins, en présence des observations nombreuses recueillies à Paris, surtout par M. Valleix et par Billard, nous croyons qu'on ne peut invoquer une affection rénale comme cause d'œdème que dans des cas tout-à-fait exceptionnels. Quant aux pneumonies et aux autres lésions qu'on rencontre sur quelques cadavres, ce ne sont que des complications, des altérations accidentelles qu'on a eu tort de regarder comme étant la cause de l'œdème des nouveaux-nés.

Symptômes, marche. — Le tableau de la maladie a été parfaitement tracé par Billard et surtout par M. Valleix. L'œdème survient communément du premier au huitième jour après la naissance. Au début de la maladie il y a une coloration générale livide, un froid marqué de tout le corps, plus considérable aux extrémités, un assoupissement plus ou moins profond; la respiration est gênée, les inspirations sont courtes. Bientôt de l'œdème se manifeste aux pieds, aux mains, à la face : il s'y présente avec les caractères ordinaires, et quoi qu'en aient dit quelques auteurs, la pression du doigt produit un enfoncement profond qui disparaît lentement, à moins pourtant que l'œdème ne soit peu considérable. Peu à peu l'infiltration gagne d'autres parties du corps; le refroidissement devient plus intense; la face est pâle, la peau prend une couleur violette, souvent mêlée à une teinte ictérique. Le pouls est à peu près imperceptible; le cri offre quelque chose de particulier, il est aigu, entrecoupé, extrêmement faible, souvent étouffé et voilé, phénomène qui ordinairement ne se rattache pas comme on l'a prétendu à un œdème de la glotte (Valleix). Enfin les enfants succombent par les progrès de l'asphyxie ou par suite d'une maladie intercurrente, et surtout d'une pneumonie. Quand la guérison survient, la respiration devient plus facile, l'assoupissement cesse, et l'œdème commence à disparaître dans les points qui ont été envahis les derniers.

Diagnostic. — Il est impossible de confondre l'œdème des nouveaux-nés avec un *érysipèle œdémateux;* car dans celui-ci la peau, d'un rouge foncé, est épaissie, saillante, dure, et douloureuse à la pression. Quelques auteurs ont encore confondu avec l'œdème l'endurcissement adipeux, altération que MM. Dugès et Denis ont décrite comme une variété de l'œdème; mais, ainsi que l'observent Billard et M. Valleix, ces deux affections n'ont rien de commun; car l'induration du tissu adipeux n'est qu'un phénomène cadavérique, ou s'il survient pendant la vie, ce n'est que durant l'agonie, et lorsque la chaleur animale est déjà presque éteinte. Ainsi Billard et M. Valleix ont bien souvent constaté que des enfants morts depuis plusieurs heures, et étant encore dans leur berceau, avaient les membres souples et mous, tandis qu'en les examinant le lendemain à l'amphithéâtre on les trouvait durs.

Pronostic. — L'œdème des nouveaux-nés est une maladie très grave.

Causes. — L'œdème paraît affecter plus particulièrement les enfants

chétifs, débiles, nés avant terme. Cette maladie se rencontre rarement dans la pratique civile, tandis qu'elle est très commune dans les hospices. Les relevés statistiques de Billard, de MM. Valleix et Charcellay, ont prouvé que l'impression du froid était la cause occasionnelle la plus fréquente de l'œdème : c'est ce qui explique pourquoi la maladie est si commune dans les hospices, et pourquoi elle sévit particulièrement dans la saison froide.

Traitement. — Les émissions sanguines paraissent être le mode de traitement le plus avantageux : ainsi l'application d'une, deux ou trois sangsues, sera utile pour combattre l'état de congestion et de pléthore (Billard, Valleix). M. Charcellay a obtenu aussi de bons effets des bains chauds fréquents et prolongés ; mais à Paris on n'a retiré aucun avantage des bains de vapeur. On protégera les enfants contre l'impression du froid ; on les enveloppera de flanelle, et on fera sur la peau des frictions sèches et aromatiques. Enfin, si la faiblesse est grande, il faudra administrer quelques toniques à l'intérieur, tels que le vin de quinquina et des boissons aromatiques.

Nature. — L'œdème des nouveaux-nés n'est peut-être pas toujours une affection absolument identique. Il est possible, comme le croit M. Charcellay, qu'il soit dans quelques cas symptomatique d'une affection rénale ; mais beaucoup plus souvent son développement s'explique par la gêne de la respiration et de la circulation. Peut-être enfin l'œdème constitue dans bon nombre de cas une maladie essentielle survenant, comme quelques anasarques qu'on observe à un âge plus avancé, sous l'influence d'un refroidissement, et probablement par suite de la diminution ou de la suppression de la perspiration cutanée.

PHLEGMATIA ALBA DOLENS.

Synonymie. — OEdème douloureux, œdème des femmes en couches ; engorgements, dépôts laiteux.

Les femmes en couches sont quelquefois affectées d'un œdème ordinairement borné aux extrémités inférieures, s'accompagnant d'une sensibilité très vive des parties où il siége, et se compliquant fréquemment de diverses lésions inflammatoires du côté des systèmes lymphatique et veineux, ainsi que des articulations du bassin.

Historique. — Cette maladie, sur la nature de laquelle on ne possède encore que des notions peu précises, paraît avoir été décrite pour la première fois par Mauriceau ; Puzos et Levret en tracèrent un tableau plus fidèle ; mais ce ne fut qu'à la fin du dernier siècle que White publia sur cette affection des recherches beaucoup plus complètes. Depuis lors la *phlegmatia alba dolens* a été l'objet de travaux importants dans toute l'Europe. On doit surtout distinguer ceux de Davids et de Lée en Angle-

terre, et en France ceux de Dugès, de MM. Velpeau, Bouillaud et Boudant.

Anatomie pathologique. — Chez les femmes qui succombent à la maladie, on rencontre des lésions très diverses : ainsi on a trouvé des collections purulentes disséminées ou diffuses dans le tissu cellulaire sous-cutané, et entre les couches musculaires des membres inférieurs; chez d'autres, on a vu les ganglions lymphatiques inguinaux gonflés, ramollis et suppurés. Dans ces cas, on a trouvé quelquefois des lymphatiques volumineux contenant du pus phlegmoneux ou rougeâtre; ce fluide a même été rencontré dans le canal thoracique. D'autres médecins, tels que Davids et Lee, ont trouvé le tronc des veines crurales et ses branches profondes, les veines iliaque, hypogastrique, enflammées, remplies de caillots et de pus. Enfin, M. Velpeau a vu les symphyses du bassin enflammées, pleines de pus, et leurs cartilages ramollis. Il n'est pas rare de rencontrer sur le même cadavre plusieurs des lésions que je viens d'indiquer. Mais aucune d'elles ne saurait être considérée comme formant le caractère anatomique de la maladie, qui n'a d'autre lésion constante qu'une infiltration séreuse des membres inférieurs. Les autres lésions ne doivent être regardées que comme des accidents ou des complications.

Symptômes. — La maladie survient rarement avant le cinquième ou après le vingt-cinquième jour des couches; le plus souvent elle se déclare entre le dixième et le quinzième jour. Elle débute rarement dans les deux membres inférieurs à la fois; le gauche a paru être plus fréquemment affecté que le droit; il n'est pas prouvé que la maladie puisse occuper les membres thoraciques. Lorsque l'affection commence, la femme éprouve un sentiment de pesanteur, souvent une douleur vive ou obtuse dans tout le membre ou seulement dans son tiers supérieur et interne, sans que ces symptômes puissent souvent s'expliquer par aucun changement extérieur appréciable; mais bientôt on observe une tuméfaction qui s'étend progressivement de haut en bas. Ce gonflement est souvent précédé, pendant un ou deux jours, de douleurs plus ou moins vives dans les points qu'il doit envahir, mais le plus souvent ces deux phénomènes se montrent à peu près simultanément. Le membre est lourd, incapable de mouvement; il est le siége de douleurs spontanées, vives; la peau est lisse, plus ou moins tendue, d'un blanc laiteux et luisante; sa température est plus élevée; si on la presse, on détermine une vive douleur, on sent de la résistance, une sorte de rénitence diffuse; le doigt ne s'enfonce pas comme dans l'œdème ordinaire, ce qui me paraît dépendre de la petite quantité de sérosité infiltrée et de ce que celle-ci occupe surtout le tissu cellulaire profond, de sorte que, pour produire une dépression, il faudrait exercer avec le doigt une pression très forte, mais la sensibilité du membre s'y oppose; en appuyant, en

effet, avec le doigt, on excite une douleur plus ou moins vive. La position qu'on donne à la malade ne modifie pas la tuméfaction dont celui-ci est le siége. En même temps les femmes éprouvent de la soif, de l'anorexie, une réaction fébrile plus ou moins intense avec des sueurs abondantes et des urines rares. Enfin, les seins s'affaissent et les lochies diminuent d'abondance ou même se suppriment.

Marche, terminaisons. — Ces accidents, après avoir persisté avec plus ou moins d'intensité pendant quelques jours, diminuent ensuite; la fièvre tombe, les douleurs se calment et l'engorgement du membre se résout. Il est rare que la résolution, qui est la terminaison la plus fréquente de la maladie, se fasse simultanément sur toute l'étendue du membre; mais dans la plupart des cas, la cuisse se dégorge la première; la jambe et le pied reprennent leur volume un peu plus tard. La résolution est plus ou moins rapide, et quelquefois il s'écoule un ou deux mois avant qu'elle soit complète. La *phlegmatia alba dolens*, après avoir cessé dans un membre, peut envahir celui qui était resté sain: souvent alors la maladie revêt beaucoup de gravité.

La *phlegmatia alba dolens* peut avoir une issue funeste moins par elle-même que par les complications qui surviennent et qu'on a très à tort généralement considérées comme l'élément essentiel de la maladie. C'est ainsi que de vastes suppurations peuvent dénuder largement les muscles et la peau du membre, ou bien c'est une inflammation des symphyses pubienne et sacro-iliaques, une péritonite; enfin, c'est le plus souvent une phlébite.

Diagnostic. — L'œdème des femmes en couches diffère de l'œdème simple par la douleur qui le précède et l'accompagne, par l'impossibilité d'y marquer l'impression du doigt, par sa marche progressive de haut en bas, et enfin par le peu d'influence qu'exercent sur lui les diverses positions du membre. Il est inutile d'insister pour prouver en quoi la maladie diffère du phlegmon; quant à l'analogie que quelques personnes ont établie entre l'œdème douloureux et le rhumatisme, ou avec l'éléphantiasis des Arabes, nous verrons plus tard, en parlant de ces affections, que le rapprochement n'a rien de fondé.

Pronostic. — Le pronostic est grave en raison des complications; toutefois nous manquons encore de renseignements précis pour pouvoir calculer le degré de mortalité et les conditions qui influent le plus sur une terminaison funeste.

Étiologie. — La *phlegmatia alba dolens* est une maladie rare; White, Hull, Thomas, M. Velpeau s'accordent sur ce point. Je n'en ai moi-même observé qu'un seul exemple sur environ cinq cents femmes qui, en 1835, accouchèrent à l'Hôtel-Dieu. Elle n'affecte jamais que les femmes en couches; les faits qu'on dit avoir recueillis chez l'homme n'appartiennent probablement point à cette affection. Les causes de la

maladie sont à peu près inconnues. Il paraît qu'elle survient surtout après l'impression du froid : aussi paraît-elle être plus fréquente dans les pays froids, humides et pendant l'hiver. Pendant longtemps la *phlegmatia alba dolens* a été regardée comme l'effet de la suppression des lochies et du lait ; mais ces opinions sont aujourd'hui entièrement discréditées.

Traitement. — L'œdème douloureux réclame l'emploi des antiphlogistiques ; la saignée générale est indiquée si le pouls offre de la force ; les sangsues sur les membres malades, spécialement aux aines et au jarret, calment assez bien les douleurs. Les malades seront en outre plongés dans un bain tiède dont on prolongera le plus possible la durée ; les membres seront enveloppés de fomentations émollientes et narcotiques ; enfin, à l'intérieur, on administrera les boissons sudorifiques, diurétiques et laxatives afin de favoriser le travail de résolution. M. le docteur C. Smeets dit s'être bien trouvé de l'émétique à haute dose pendant la période la plus aiguë de la maladie. Enfin, lorsque toute inflammation ayant cessé, la tuméfaction seule du membre persiste encore, on exercera une compression méthodique à l'aide d'une bande roulée. Le gonflement résiste rarement à ce moyen.

Nature. — Les opinions les plus diverses ont été émises sur la nature de la *phlegmatia alba dolens* ; ainsi les uns l'ont regardée comme constituée par une phlegmasie des vaisseaux et des ganglions lymphatiques (Moore, Hufeland, Struve, Velpeau, Deneux) ; d'autres en font une phlébite (Davids, Lée, Boudant, Blandin, Andral), une névrite même (Albers, Dugès), une inflammation du tissu cellulaire (Duncan, Steffen) ; enfin quelques uns ont regardé l'œdème douloureux comme symptomatique d'une maladie des articulations pelviennes (Velpeau) ou d'une irritation des parties contenues dans le bassin (Burns, Busch). Mais toutes les lésions précédentes qu'on considère comme formant l'élément anatomique de la maladie ne doivent au contraire être considérées que comme des complications ou des lésions purement accidentelles. Nous redisons que, dans la *phlegmatia alba dolens* il n'y a d'autre lésion nécessaire constante que l'infiltration du tissu cellulaire. L'œdème douloureux ne serait donc, dans notre manière de voir, qu'une espèce d'hydropisie essentielle, qu'une sécrétion insolite s'opérant dans le tissu cellulaire sous l'influence de causes encore indéterminées. Cette opinion est à peu près celle que professent MM. Cloquet, Aug. Bérard et Moreau. L'idée généralement répandue aujourd'hui qui ferait de la *phlegmatia alba dolens* une phlébite, est une des moins fondées, puisque pendant la vie on n'observe pas les signes de résorption et d'infection qui surviennent dans presque toutes les inflammations veineuses ; ajoutons que l'œdème se développe de haut en bas, c'est-à-dire en sens inverse de celui qui serait déterminé par une obstruction des veines.

HYDROPISIES CÉRÉBRO-SPINALES.

M. Magendie a démontré, il y a bientôt vingt ans, qu'il existait normalement dans le crâne et le rachis un fluide séreux, dont la quantité est en raison inverse du développement et du volume de l'axe cérébro-spinal. Ce liquide, qu'il nomme *céphalo-rachidien*, situé entre l'arachnoïde et la pie-mère, enveloppe de toutes parts la moelle et le cerveau, et baigne en outre les cavités creusées dans les lobes cérébraux, le cervelet, la moelle allongée et la protubérance annulaire. Ce fluide circule librement dans tous ces points. C'est lui qui, venant à augmenter d'une manière insolite, constitue l'hydropisie des centres nerveux. Cependant ce n'est pas là la seule source du fluide séreux qui peut se former dans le crâne et le rachis; il est en effet incontestable que quelquefois les épanchements séreux existent exclusivement ou simultanément dans la cavité arachnoïdienne; mais il faut convenir que ces cas sont tout-à-fait exceptionnels. Les accumulations séreuses du rachis sont nommées *hydrorachis*, celles du crâne constituent l'*hydrocéphale*, dont on a admis trois variétés qui sont : l'hydrocéphale *chronique*, l'*hydrocéphale aiguë*, et l'hydrocéphale *suraiguë* ou *apoplexie séreuse*. Enfin, on a vu quelquefois la sérosité infiltrer le cerveau lui-même, et on désigne cette lésion sous le nom d'*œdème cérébral*. Mais nous ne dirons rien ici de cette affection, qui est excessivement rare, et dont M. Etoc a fait le caractère anatomique constant de la stupidité. Nous en parlerons quand nous traiterons de cette forme remarquable de l'aliénation mentale.

DE L'HYDROCÉPHALE AIGUE.

Historique. — L'hydrocéphale aiguë, entrevue en 1701 par Duverney jeune, signalée en 1732 et 1733 en Angleterre, fut quelques années après décrite comme une affection distincte par Rob. Whytt. Depuis lors, la maladie fut l'objet de recherches nombreuses en Angleterre, en Allemagne, en Suisse, en France et aux Etats-Unis. Signalée d'abord comme une forme d'hydropisie de l'arachnoïde et des ventricules, décrite comme maladie essentielle et indépendante de toute lésion organique, on regarda pendant longtemps l'épanchement séreux comme constituant le seul caractère anatomique de la maladie, et comme expliquant l'appareil de symptômes observés pendant la vie. Cependant, à mesure que l'anatomie pathologique a été faite avec plus de soin, on ne tarda pas à se convaincre que dans la maladie qu'on décrivait sous le nom d'hydrocéphale aiguë, le cerveau et plus souvent encore les méninges étaient le siége à peu près constant de différentes lésions récentes, de nature inflammatoire, et dont l'épanchement séreux n'était que la

conséquence. Nonobstant cette découverte, quelques praticiens habiles, au nombre desquels il faut citer Dance, n'en persistèrent pas moins à considérer encore l'hydrocéphale aiguë comme une maladie distincte, différant de toutes les autres affections cérébrales en raison de l'accumulation du liquide qui existait, et qu'on regardait comme étant nécessaire au développement des principaux symptômes. Cependant une étude plus complète des faits a prouvé depuis, que cette dernière proposition n'était point exacte; car on s'est assuré qu'il était impossible de rattacher spécialement à l'épanchement aucun des symptômes de la maladie; que celle-ci était uniquement subordonnée à la nature et au siége des lésions des méninges et du cerveau, et que les troubles fonctionnels n'offraient aucune différence, qu'il y eût ou qu'il n'y eût pas d'épanchement séreux ou séro-purulent. De tout ce qui précède, nous concluons, avec MM. Blache et Guersant (1), que les auteurs ont arbitrairement appliqué deux ou même trois dénominations différentes à une seule et unique maladie, et que presque constamment aussi les épanchements séreux aigus dans le tissu sous-arachnoïdien, ou dans les ventricules, sont l'effet secondaire d'une méningite, ou d'une méningo-encéphalite simple ou tuberculeuse, ou bien d'une encéphalo-malaxie simple ou compliquée de phlegmasie. (Voir les articles *Méningite simple et tuberculeuse*, *Encéphalite et Ramollissement du cerveau.*) Est-ce à dire pourtant que l'hydrocéphale aiguë, telle qu'on la décrivait depuis Whytt comme hydropisie essentielle, n'existe pas? Je n'oserais l'affirmer; mais jusqu'à présent on ne cite aucun fait concluant, et si on veut en admettre l'existence, on doit plutôt invoquer l'analogie que les observations cliniques, qui ont jusqu'à ce jour fait défaut. Dans l'état actuel de la science, nous croyons qu'on ne doit admettre d'autre hydropisie essentielle des méninges et du cerveau que celle que nous allons faire connaître sous le nom d'*apoplexie séreuse*.

DE L'APOPLEXIE SÉREUSE.

Sous les noms d'*apoplexie séreuse*, d'*hydropisie cérébrale suraiguë*, ou d'*hydrorrhagie*, les auteurs ont décrit une maladie caractérisée anatomiquement par l'exhalation d'une grande quantité de sérosité dans l'intérieur du crâne, produisant la perte subite et plus ou moins complète du sentiment, du mouvement et de l'intelligence. Cependant quelques auteurs modernes ont cru pouvoir nier l'existence de cette maladie. Ainsi Abercrombie, ayant observé des apoplexies mortelles, sans lésion cérébrale, ayant rencontré d'autre part des épanchements considérables dans le crâne sur des personnes qui n'avaient offert

(1) *Dictionn. de Médecine*, t. XV, p. 502, art. *Hydrocéphale*.

pendant la vie aucun symptôme apoplectique, en a conclu que les épanchements séreux qu'on rencontre parfois dans le cerveau d'individus qui sont morts avec des symptômes apoplectiques, ne sont pas la cause de ces accidents. Cependant il ne me paraît pas qu'on puisse tirer des faits précédents les conclusions qu'Abercrombie en a déduites. Si, en effet, dans quelques cas, on a trouvé une grande quantité de sérosité dans le crâne, bien que, pendant la vie, il n'ait existé aucun symptôme de compression cérébrale, cela tient probablement à ce que l'exhalation s'étant faite peu à peu, le cerveau a pu pour ainsi dire s'habituer à sa présence. C'est ainsi que nous verrons bientôt, en parlant des hydrocéphales chroniques, des épanchements de sérosité très considérables, mais lentement formés, ne déterminer aucun symptôme de compression, tandis qu'il n'en est plus de même lorsque l'exhalation anormale du fluide séreux se faisant brusquement, le cerveau se trouve soumis tout-à-coup à une forte compression; il doit en résulter alors des effets analogues à ceux que nous avons vus, par exemple, être produits par un épanchement sanguin dans la cavité arachnoïdienne. Ajoutons enfin que la sérosité qu'on trouve en certaine quantité dans le crâne de certains sujets qui n'ont présenté aucun symptôme d'apoplexie ne s'est formée que peu d'instants avant la mort; elle est souvent en rapport avec la longueur de l'agonie (Louis). Les faits d'apoplexie séreuse sont aujourd'hui incontestables; M. Magendie en a vu un grand nombre à la Salpêtrière; M. Martin Solon en a publié un cas très curieux, et je l'ai vue moi-même se déclarer plusieurs fois chez des hydropiques.

Anatomie pathologique. — Les circonvolutions sont souvent aplaties, le cerveau est ordinairement pâle, presque exsangue : en général, la cavité de l'arachnoïde ne contient point d'épanchement. Celui-ci existe dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, ou dans la cavité des ventricules, quelquefois même dans ces deux points à la fois. Lorsque l'épanchement est considérable, l'arachnoïde est soulevée, le septum-lucidum peut être déchiré, les ventricules latéraux sont alors confondus, et forment avec le troisième une cavité unique. La sérosité est généralement incolore; parfois elle est claire, limpide comme de l'eau de roche, et peu ou même point albumineuse, comme Valsalva et Morgagni l'ont expérimenté. La quantité varie, elle peut n'être que de 62 grammes, d'autres fois elle s'élève à deux verres (Andral). D'ailleurs il est rare qu'on trouve à l'autopsie tout le liquide qui s'est épanché pendant la vie; il résulte, en effet, des recherches encore inédites d'un médecin aussi honorable qu'il est habile, M. Nat. Guillot, que le cerveau est un organe très hygrométrique, et qui absorbe, après la mort, une grande partie des liquides épanchés. Lorsque le cerveau s'est ainsi imbibé de sérosité, il paraît plus humide, et, à mesure qu'on le coupe par tranches, on voit suinter des gouttelettes de sérosité. Ce liquide

paraît avoir quelquefois opéré une sorte de macération sur certaines parties du cerveau ; c'est ainsi qu'on trouve parfois le septum, la voûte à trois piliers, et les parois des ventricules eux-mêmes ramollis et réduits en une sorte de pulpe blanchâtre. C'est là un phénomène purement cadavérique, que l'imbibition de la sérosité explique, sans avoir besoin d'invoquer, comme Morgagni l'a fait, une prétendue acrimonie du liquide. En somme, dans l'apoplexie séreuse, le liquide céphalo-rachidien existe en plus grande quantité, sans qu'il soit possible d'expliquer cette supersécrétion par aucune lésion matérielle saisissable des méninges et du cerveau.

Symptômes, marche. — L'apoplexie séreuse a un début généralement brusque, instantané ; les malades perdent tout-à-fait connaissance ; les quatre membres sont dans une résolution complète ; les pupilles sont larges, immobiles ; le pouls est lent, la sensibilité abolie ; la respiration est stertoreuse ; le visage est indifféremment pâle, rouge ou violacé. Enfin, après une durée qui varie entre quelques heures et plusieurs jours, les malades succombent ; d'autres reprennent peu à peu connaissance ; le mouvement et la sensibilité renaissent progressivement, et il suffit de quelques jours, et parfois même de vingt-quatre heures seulement, pour voir disparaître tous les symptômes de compression cérébrale. Ainsi dans l'apoplexie séreuse, on notera, comme phénomènes remarquables, 1° un début brusque ; 2° la résolution complète de tous les membres ; 3° la cessation rapide des accidents lorsque la maladie a une heureuse issue. On a dit que lorsque l'épanchement n'occupait qu'un seul des ventricules latéraux, il pouvait n'y avoir qu'une hémiplégie. La chose est possible ; mais jusqu'à présent il n'y a aucun fait qui légitime cette opinion : l'observation de Morgagni, qu'on a invoquée en sa faveur, est loin d'être concluante.

Diagnostic. — Il n'existe aucun signe qui puisse faire distinguer une apoplexie séreuse d'une hémorrhagie ou d'une congestion cérébrale, avec résolution complète de tous les membres. La pâleur de la face, la lenteur du pouls, l'état cachectique des sujets, que les anciens avaient signalés comme des caractères distinctifs des apoplexies séreuses, n'ont aucune valeur, puisque, d'une part, ils manquent souvent, et que, d'autre part, on les retrouve dans les apoplexies sanguines.

Pronostic. — Le pronostic est très grave.

Etiologie. — L'apoplexie séreuse affecte surtout les vieillards et les sujets faibles, débiles, épuisés par des maladies longues Nous avons déjà dit qu'on l'observait quelquefois chez des sujets atteints d'anasarque, lorsqu'une partie de la sérosité ayant été brusquement résorbée se trouve ensuite portée, par une sorte de métastase, vers le cerveau.

Traitement. — Les anciens avaient défendu de saigner dans tous les cas d'apoplexie séreuse ; cependant il faudrait recourir aux émissions

sanguines si le pouls avait de la force et de la dureté. L'épuisement des sujets ou l'extrême petitesse du pouls peuvent seuls contre-indiquer la saignée. Dans tous les cas, il faut tâcher de provoquer des flux artificiels ou d'augmenter certaines sécrétions : ainsi on insistera sur les purgatifs énergiques, tels que les drastiques ; on administrera des boissons diurétiques, et l'on appliquera sur diverses parties du corps, et spécialement à la nuque et aux membres inférieurs, de très larges vésicatoires.

DE L'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

L'hydrocéphale chronique est souvent congénitale ; d'autres fois elle ne se développe que postérieurement à la naissance.

Caractères anatomiques. — L'hydrocéphalie, surtout lorsqu'elle est congénitale ou qu'elle s'est développée avant l'ossification complète des sutures, s'accompagne d'une augmentation considérable dans le volume de la tête, qui est également plus ou moins altérée dans sa forme. Ainsi la circonférence du crâne d'un fœtus à terme ou d'un enfant à la mamelle a pu s'élever à 8, 10, 12 décimètres, et même elle a acquis plus de 2 mètres (2 mètres 82 millimètres) chez un enfant de seize mois. La pièce pathologique relative à ce dernier fait était déposée dans le musée de Cruikshank, où elle a été vue par J. Frank. Ce volume énorme du crâne forme un contraste très remarquable avec la face, qui reste proportionnée au reste du corps. D'ailleurs l'ampliation du crâne se fait exclusivement aux dépens de la voûte, tandis que la base conserve à peu près ses dimensions normales. Le crâne est non seulement augmenté de volume, mais il est encore plus ou moins déformé et irrégulier. Les os ont rarement leur degré d'épaisseur naturelle : ils sont tantôt amincis, transparents, semblables à une feuille de papier (Breschet), tandis que d'autres fois leur épaisseur peut être double ou triple de ce qu'elle est à l'état physiologique. Enfin on trouve tantôt que de larges espaces membraneux séparent les os entre eux au niveau des sutures ; d'autres fois celles-ci sont complétement ossifiées ; la tête, alors régulièrement conformée, a le volume qu'elle doit avoir, ou bien elle est beaucoup plus petite ; mais dans ce dernier cas le cerveau est atrophié, et quelquefois même il n'existe qu'à l'état rudimentaire, ou manque même tout-à-fait : toujours alors l'espace vide laissé dans le crâne est comblé par de la sérosité. Le savant professeur Breschet, à qui l'on doit de beaux travaux sur l'hydrocéphale, a rapporté plusieurs faits de ce genre. Dans la plupart des cas, la sérosité est accumulée dans les ventricules ; ceux-ci peuvent être tellement distendus que les circonvolutions et les anfractuosités s'effacent ; le cerveau est alors réduit en une sorte de poche ou de kyste séreux ; sa structure est homogène, et il est presque toujours impossible de distinguer entre elles la substance médullaire et la substance grise.

Cette altération n'est pas incompatible avec la vie, et même avec un certain degré d'intelligence. Après les ventricules, la sérosité s'épanche spécialement dans le tissu cellulaire de la pie-mère, puis dans la grande cavité de l'arachnoïde; on l'a même vue, dit-on, s'amasser entre la dure-mère et les os du crâne, ou bien entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde, et jusque dans le ventricule du septum, ainsi que M. Breschet en a rapporté plusieurs exemples. La quantité de sérosité contenue dans le crâne est très variable : on l'a vue être de 4, 5, 10 kilogrammes; enfin le crâne que J. Frank a examiné dans le musée de Cruikshank avait renfermé 13 kilogr. 1/2 de liquide.

Avant de terminer, je dois dire un mot de ces collections séreuses qui sont pour quelques individus une sorte d'état physiologique. On les rencontre chez tous les sujets dont le cerveau subit, par suite des progrès de l'âge ou par l'effet d'une maladie, une atrophie, une diminution partielle ou générale de son volume. Les parois osseuses ne pouvant suivre alors le cerveau dans son retrait, il existerait dans le crâne un espace vide, si celui-ci n'était comblé aussitôt par une supersécrétion du fluide céphalo-rachidien : c'est un fait que les recherches de M. Magendie ont parfaitement établi.

Symptômes, marche. — Malgré l'assertion contraire de Feiler, on ne peut diagnostiquer l'hydrocéphalie chronique lorsque l'enfant est encore renfermé dans le sein maternel. Pendant le travail de l'accouchement, on reconnaîtra la maladie à une tumeur à large surface, de consistance variable dans les différents points de son étendue, peu convexe, recouvrant tout le détroit supérieur sans s'y engager : tendue pendant les contractions utérines, elle est molle et fluctuante dans leur intervalle. Enfin on reconnaît avec l'extrémité du doigt des espaces membraneux parfois considérables, pouvant avoir l'étendue de la paume de la main. L'hydrocéphale portée à ce degré peut empêcher ou retarder l'accouchement, et devient la source d'indications précises qu'on trouvera exposées dans les livres d'obstétrique.

Les caractères de l'hydrocéphalie congéniale après la naissance varient. Nous avons vu que quelquefois la tête avait un très petit volume; elle est alors plus ou moins déformée : elle est ordinairement pointue et aplatie sur le front et sur chaque côté. La figure est sans expression; les membres sont grêles, sans force; la voix est faible, quelquefois la déglutition est difficile; les malades ont beaucoup de voracité, mais la nutrition est très languissante. Enfin, la plupart de ces malheureux meurent peu après la naissance dans le coma ou les convulsions. On se rappelle que dans ce cas le cerveau manque en totalité ou en grande partie, c'est-à-dire qu'il y a monstruosité. Dans l'hydrocéphale chronique, on voit encore la tête conserver son volume naturel lorsque la maladie survient plusieurs années après la naissance, et à une époque où l'ossifi-

cation des fontanelles est complète. Cependant quelquefois les sutures, quoique réunies, mais n'ayant pas encore acquis tout leur degré de solidité, cèdent à l'effort d'expansion du liquide intra-crânien, et on voit alors une ou plusieurs sutures s'ouvrant de nouveau les os présenter un écartement considérable : c'est ce qu'on a constaté plusieurs fois chez des enfants qui furent atteints d'hydrocéphale vers l'âge de huit à dix ans.

Les sujets devenus hydrocéphales plus ou moins longtemps après la naissance ne présentent pas toujours les mêmes phénomènes : la plupart sont tranquilles et hébétés; plus rarement ils sont grognons, maussades et turbulents; presque tous dorment longtemps et ont le sommeil très lourd. Quelques uns ont l'intelligence assez développée, et ils peuvent la conserver intacte jusqu'au dernier moment : mais néanmoins chez la plupart les facultés cérébrales sont obtuses, la parole est difficile, la perception lente, les sentiments affectueux sont nuls ou peu développés. Les malades jouissent rarement de l'intégrité de tous leurs sens. Si l'ouïe, et peut-être l'odorat et le goût sont rarement aboli sou pervertis, il n'en est pas de même de la vue, qui est fréquemment diminuée ou éteinte, et de la sensibilité tactile de la peau, qui est souvent moindre et quelquefois complétement abolie. Beaucoup de malades présentent du strabisme; quelques uns sont paralysés d'un ou plusieurs membres. Cependant la plupart peuvent se soutenir sur leurs jambes, mais leur démarche est, en général, mal assurée; ils font souvent des chutes; beaucoup ont de la peine à tenir leur tête en équilibre; son poids l'entraîne, en effet, tantôt d'un côté, tantôt d'un autre. Quelques uns ont de temps en temps des mouvements convulsifs, irréguliers ou épileptiformes. En exerçant avec la main une compression sur la tête, on peut quelquefois produire momentanément l'assoupissement, la paralysie ou des convulsions. Le plus souvent on distingue manifestement la fluctuation au niveau des fontanelles; l'auscultation du crâne ne donne que des résultats négatifs, quoi qu'en ait dit un médecin américain. La nutrition est presque toujours intacte; beaucoup sont voraces et digèrent bien. Cependant généralement on voit à une époque plus ou moins éloignée les sens, s'ils ont été intacts au début, se pervertir, s'abolir; la sensibilité générale s'émousse et s'éteint; les muscles cessent de se contracter, la déglutition est difficile, l'urine et les matières fécales s'échappent involontairement. Enfin, quoique l'appétit soit généralement conservé jusqu'à la fin, beaucoup d'enfants néanmoins finissent par tomber dans le marasme sans qu'il existe aucune lésion ou aucune diathèse qui en rende compte.

La mort est la terminaison constante de l'hydrocéphale congéniale ou même de celle qui survient peu après la naissance; jusqu'à présent il ne paraît exister aucun cas bien authentique de guérison. Presque tous les hydrocéphales meurent jeunes; la plupart succombent même dans

les premières heures ou les premiers jours qui suivent la naissance. Les cas d'hydrocéphales qui ont vécu jusqu'à vingt, trente, quarante-huit, cinquante-quatre et même soixante-dix-neuf ans, sont excessivement rares, et ne peuvent détruire la règle générale. La mort arrive tantôt par le coma, par les progrès de la paralysie, tantôt dans un accès convulsif; beaucoup de malades sont emportés par une maladie intercurrente. Si l'hydrocéphale est curable, chose fort douteuse pour nous, nous ignorons encore les changements qui surviennent alors consécutivement, soit dans le cerveau, soit dans le crâne. Un de nos plus anciens amis, dont nous déplorons la fin prématurée, Antoine Andral, croyait que l'hydrocéphale pouvait guérir. Suivant lui, si l'épanchement se résorbait après l'ossification des fontanelles, le crâne ne pouvant plus revenir sur lui-même pour s'appliquer sur le cerveau, les os devaient s'épaissir par leur face interne pour combler le vide. Mais cette opinion n'est qu'ingénieuse, et rien ne démontre encore qu'elle soit fondée.

Diagnostic. — Il semble d'abord qu'il n'est pas possible de confondre l'hydrocépale avec une autre affection en raison surtout de l'ampliation si remarquable du crâne. Cependant celui-ci peut également se dilater par suite d'une hypertrophie du cerveau, maladie fort rare, et qui diffère de l'hydrocéphale en ce que, contrairement à ce qu'on observe dans celle-ci, le développement du crâne s'opère lentement sans exciter presque aucun trouble fonctionnel; puis tout d'un coup des accidents aigus se développent et emportent le malade. Cependant ces caractères ne sont pas tellement constants qu'on doive en faire un élément certain de diagnostic. Ils ne peuvent guère, en effet, donner que des présomptions; cependant l'hydrocéphale étant incomparablement plus fréquente que l'hypertrophie cérébrale, on devra toujours, dans les cas douteux, supposer plutôt l'existence de la première de ces affections que de la seconde. Le rachitisme affectant les os du crâne peut les épaissir et les déformer de manière à faire croire à l'existence d'une hydrocéphale : l'erreur est quelquefois difficile à éviter. Cependant, ainsi que l'observent MM. Rilliet et Barthez, dans le cas de rachitis, le développement de la tête n'est pas uniforme comme lorsqu'il existe une ampliation générale; on dirait alors que des bosses aplaties ont été surajoutées à la partie moyenne des os, et le doigt promené à la surface du crâne sent assez facilement l'endroit ou l'os commence à s'épaissir; ajoutons encore que des signes de rachitisme se remarquent sur d'autres parties du squelette. Pour compléter le diagnostic, on devrait, après avoir reconnu l'existence d'une hydrocéphale, déterminer la cause qui l'a produite, mais la chose nous paraît être à peu près impossible.

Pronostic. — Le pronostic est dans tous les cas excessivement fâcheux; la mort est, en effet, à peu près inévitable. Je dis à peu près, car on cite quelques cas de guérison; mais ces exemples sont-ils bien authentiques?

Etiologie.—On ne sait absolument rien sur les causes prédisposantes ou efficientes des hydrocéphales chroniques. Il est inutile de les énumérer. D'après ce que j'ai dit à l'anatomie pathologique, on voit que l'accumulation de sérosité dans le crâne tient fréquemment à l'imperfection du cerveau où à l'absence de quelques unes de ses parties. D'autres fois, l'hydropisie existe avec le développement régulier de l'organe : il semble, alors, qu'il n'y a eu qu'exagération de la sécrétion du fluide céphalo-rachidien ; mais il est impossible de saisir sous quelle influence cette supersécrétion s'est faite. Enfin, fréquemment l'hydrocéphale se lie à l'existence de quelque lésion accidentelle du cerveau ou des méninges, telle que tubercules, tumeurs fibreuses, kystes apoplectiques, etc. Il n'est pas toujours aisé de dire comment ces lésions agissent pour déterminer la suffusion séreuse; cependant, dans quelques cas, celle-ci a pu être expliquée par la gêne de la circulation, par la compression que les tumeurs exercent sur les sinus, les veines cérébrales, surtout sur les veines de Galien, qui sont les veines ventriculaires. M. Barrier a cité, à ce sujet, dans le tome II de son *Traité des maladies de l'enfance*, deux observations curieuses, et plusieurs autres ont été rapportées par M. Magendie, qui a vu des collections assez considérables du liquide céphalo-rachidien avoir lieu dans le crâne, par suite de la compression exercée par une tumeur sur le quatrième ventricule, sur l'aqueduc de Sylvius, par l'oblitération des veines de Galien, etc. Cependant, tout en admettant ces faits, nous sommes loin de croire, avec MM. Rilliet et Barthez, que le plus grand nombre des hydrocéphales soient l'effet de la compression des veines intra-crâniennes; nous pensons, au contraire, que cette cause est fort rare; du moins on ne la constate qu'exceptionnellement.

Traitement. — Des remèdes très nombreux ont été proposés contre l'hydrocéphale, et toujours sans succès; c'est ainsi qu'on a préconisé les bains et les frictions aromatiques, la térébenthine, les mercuriaux, les exutoires. Enfin on proposé d'évacuer le liquide peu à peu ou tout-à-coup. Cette opération, faite par les praticiens les plus habiles, tentée plusieurs fois en France par Dupuytren et M. Breschet, a toujours échoué chez nous. On cite pourtant quelques cas de guérison définitive observés surtout en Angleterre et en Prusse. Quoiqu'on ne doive accepter ces faits qu'avec réserve, nous les croyons, néanmoins, suffisants pour autoriser un médecin à recourir à la ponction des hydrocéphales; car c'est encore là le seul traitement qui puisse laisser quelque chance de salut dans une maladie qui, abandonnée aux seules ressources de la nature, doit tôt ou tard entraîner la mort du sujet.

DE L'HYDRORACHIS.

Par le mot *hydrorachis* on doit comprendre toutes les accumulations d'eau dans le canal rachidien. L'hydrorachis est donc pour celui-ci ce que l'hydrocéphale est pour le crâne. On doit distinguer deux sortes d'hydrorachis, suivant qu'elle est simple ou qu'elle s'accompagne d'un vice de conformation par arrêt de développement, et consistant dans l'écartement ou l'absence d'une ou plusieurs des lames vertébrales. Cette dernière forme a reçu le nom spécial de *spina bifida*.

L'hydrorachis simple est une affection sur laquelle nous ne possédons encore aucune donnée précise. Nous savons que sous l'influence d'une agonie longue on peut trouver dans le canal rachidien, comme dans le crâne, une plus grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Il est également reconnu que, dans certaines atrophies de la moelle, le même liquide comble le vide que laisse dans le rachis le retrait de la substance nerveuse. Mais là se bornent à peu près nos connaissances. On a pourtant supposé qu'il pouvait y avoir une apoplexie séreuse pour la moelle, comme il en existe une pour le cerveau. On a également rapporté à la présence d'un excès de liquide céphalo-rachidien dans les rachis certaines faiblesses de jambes, certaines paraplégies qui offriraient ceci de remarquable, que les accidents s'aggraveraient dans la station ou la position assise, quand le liquide est accumulé sur un point en couche épaisse, tandis qu'ils diminueraient dans la position horizontale, à cause de la dissémination de la sérosité sur une plus grande surface. Ce sont là certainement des idées fort rationnelles, mais je crois qu'elles ont été émises plutôt *à priori* que d'après l'observation clinique. Dans l'état actuel de la science, l'histoire de l'hydrorachis simple est encore tout entière à tracer. Nous n'avons de donnée positive que sur celle qui se complique de *spina bifida*.

DE L'HYDRORACHIS AVEC SPINA BIFIDA.

C'est une maladie toujours congénitale, caractérisée par une ou plusieurs tumeurs séreuses, fluctuantes, situées le long du rachis, communiquant avec les membranes de la moelle qui font hernie au-dehors, à cause de l'absence ou de l'écartement des lames des vertèbres correspondantes.

Anatomie pathologique. — La tumeur de l'hydrorachis se remarque communément à la région lombaire, très rarement à la région cervicale : elle est généralement arrondie ; sa base est large ou pédiculée ; son volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une tête d'adulte. La peau est généralement intacte à ce niveau ; mais si la tumeur est

très volumineuse, cette membrane est alors amincie, violacée, rougeâtre. Si la tumeur s'est rompue pendant la vie intra-utérine, on la trouve affaissée, et à son centre existe une cicatrice froncée et adhérente aux parties subjacentes. En général, il n'y a qu'une tumeur; s'il en existe deux ou trois, on peut, en comprimant une d'elles, faire tuméfier les autres. En les ouvrant, on constate que le canal rachidien manque de paroi osseuse en arrière, soit par suite de l'absence réelle des arcs latéraux d'une ou plusieurs vertèbres, soit plus souvent encore à cause de leur simple écartement. Le liquide qui s'en échappe est séreux; sa quantité peut être d'une ou plusieurs livres. Il occupe le plus souvent d'une manière presque exclusive l'espace sous-arachnoïdien; mais quelquefois, et la chose est incontestable, on en trouve à peine dans cette membrane, tandis que l'accumulation a manifestement lieu dans la cavité même de cette séreuse. Il est permis de croire que, dans ce cas, il y a eu, à une époque de la maladie, rupture par distension du feuillet viscéral de l'arachnoïde. La moelle est tantôt intacte, tantôt en partie détruite, ramollie ou atrophiée, libre ou adhérente aux parois de la tumeur. Il est plus commun de voir celles-ci adhérer intimement et se confondre avec les nerfs qui forment la queue de cheval. L'hydrorachis coexiste quelquefois avec une hydrocéphale.

Symptômes, marche. — Pour compléter ce que je viens de dire des caractères de la tumeur, j'ajouterai que celle-ci est parfois plus ou moins transparente; elle devient plus tendue, plus rénitente par la position verticale, et quelquefois lorsque l'enfant crie; mais plus souvent on la voit se gonfler pendant l'expiration, et s'affaisser pendant l'inspiration. Enfin, on y a parfois noté des mouvements isochrones à ceux du pouls (Cruveilhier). Le double mouvement qu'on remarque dans la tumeur pendant la respiration s'explique, ainsi que l'a fort bien établi M. Longet dans son remarquable ouvrage sur le système nerveux, par la disposition anatomique des sinus de la dure-mère, et des plexus veineux intra-rachidiens. Les premiers, placés entre deux feuillets fibreux, sont incompressibles; ils ne varient pas dans les mouvements respiratoires. Les seconds, au contraire, ont des parois libres, et sont par conséquent soumis à des alternatives de dilatation et de resserrement, comme toutes les veines du corps. Or, le sang veineux affluant de toutes parts vers la poitrine pendant l'acte de l'inspiration, il se fait donc alors un vide dans le canal rachidien; ce vide est immédiatement comblé par le liquide cérébral, qui est pour ainsi dire aspiré dans la cavité rachidienne. Réciproquement, lors de l'expiration, les veines intra-rachidiennes se gonflent, se distendent; le liquide obéit à cette compression et reflue vers l'encéphale. La pression fait souvent disparaître la tumeur complétement; le plus souvent il n'en résulte aucun accident; d'autres fois la motilité et la sensibilité sont diminuées ou éteintes dans le

membres inférieurs. Enfin, si l'hydrorachis s'accompagne d'hydrocéphale, on peut, en comprimant la tumeur spinale, faire refluer la sérosité jusque dans le crâne, et l'on voit alors le coma ou des convulsions survenir.

La plupart des enfants atteints d'hydrorachis succombent peu après la naissance. La mort est communément d'autant plus prompte que la tumeur est située plus haut. Si la vie se prolonge un peu, les enfants restent faibles; la plupart sont paraplégiques; la tumeur, grossissant, finit par s'ulcérer, elle se vide à l'extérieur; mais bientôt le liquide se trouble : il devient fétide, purulent, à cause de l'inflammation de l'arachnoïde; enfin, la mort arrive nécessairement alors par suite de cette complication. On cite pourtant un cas où l'ouverture spontanée de la tumeur fut suivie de guérison (Terris), et plusieurs autres où, malgré un suintement permanent par l'ouverture restée fistuleuse, l'existence se prolongea pendant vingt, vingt-neuf et même trente ans. Il est permis de se demander avec M. le docteur Ollivier (d'Angers) s'il existait réellement dans ces cas une hydrorachis. Beaucoup de ces enfants succombent à une maladie intercurrente.

Etiologie. — L'hydrorachis est une maladie qui n'est pas très rare : c'est le vice de conformation que Chaussier a trouvé le plus fréquemment après le pied-bot; il l'a rencontré trente-deux fois sur les 22,293 enfants nés ou déposés à la Maternité. Les causes de l'affection sont aussi inconnues que celles de l'hydrocéphale chronique. M. Cruveilhier a pensé que la cause occasionnelle du spina bifida était une adhérence morbide de la moelle et de ses membranes avec les téguments, adhérence antérieure à la cartilaginification des vertèbres. Cette explication est acceptable pour les cas où la moelle ou bien les nerfs de la queue de cheval adhèrent avec la tumeur; mais on sait que cette disposition n'existe pas dans la plupart des cas.

Traitement. — Parmi les nombreux moyens qui ont été proposés pour la cure radicale de l'hydrorachis, deux seulement méritent de fixer notre attention : ce sont la compression et les ponctions. La compression, qu'on peut exercer avec un bandage concave analogue au brayer adopté pour maintenir les hernies, a produit plusieurs fois des guérisons radicales; d'autres fois elle n'a été qu'un traitement palliatif; la tumeur alors a été seulement maintenue réduite. La compression sera tentée avec avantage dans les cas où la tumeur est peu volumineuse, et lorsque l'ouverture qui la fait communiquer avec le rachis n'est pas très ample. Les ponctions répétées de la tumeur, employées seules ou combinées avec la compression, ont déjà amené la guérison complète de plusieurs cas d'hydrorachis. Cependant les revers sont infiniment plus nombreux que les succès. Ces ponctions ont, en effet, l'inconvénient d'enflammer souvent les membranes, et de plus, on est très exposé à blesser la moelle et les nerfs, qui, comme nous l'avons dit, sont souvent adhérents

à la paroi cutanée de la tumeur. Dans les cas où celle-ci s'ouvre spontanément, il faut, à l'aide de la compression, empêcher que l'air pénètre le moins possible dans le foyer. Enfin, quel que soit le traitement qu'on adopte, il importe de préserver la tumeur des frottements et de toutes les causes d'irritation qui pourraient enflammer et ulcérer la peau.

ŒDÈME DES POUMONS.

Je définis, avec Laënnec, l'*œdème des poumons* une infiltration de sérosité dans le tissu pulmonaire, portée à un degré tel que l'organe devient notablement moins perméable à l'air.

Historique. — Cette lésion, quoique très fréquente, n'a guère fixé l'attention des médecins que vers le milieu du siècle dernier; toutefois ce fut Laënnec qui, le premier, en précisa bien les caractères anatomiques, et indiqua les signes propres à la faire reconnaître.

Caractères anatomiques. — L'œdème envahit rarement tout un poumon; il est borné, le plus souvent, à son lobe inférieur; les parties de l'organe ainsi infiltrées ont à l'extérieur une teinte d'un gris pâle ou d'un jaune fauve pâle; le poumon, plus dense, plus lourd, moins crépitant, moins élastique, ne s'affaisse pas quand on le presse; il conserve l'impression du doigt, comme dans l'œdème sous-cutané. Lorsqu'on l'incise, il en ruisselle une plus ou moins grande quantité de sérosité, plus ou moins incolore et peu spumeuse. Cette partie du poumon paraît contenir moins de sang que de coutume; le tissu de l'organe est cohérent; cependant il paraît parfois plus friable, ce qui tient à une sorte de macération opérée par le fluide épanché. Mais il suffit le plus souvent d'exprimer le poumon de la sérosité qui le pénètre pour lui rendre à peu près sa consistance normale; on reconnaît d'ailleurs facilement encore la structure celluleuse propre à l'organe. Il est rare de rencontrer au centre des parties œdémateuses des noyaux apoplectiques ou des hépatisations. Laënnec pense que, dans l'œdème pulmonaire, une partie de la sérosité est épanchée dans les cellules, et que l'autre infiltre leurs parois; mais ce dernier fait est loin encore d'être prouvé. L'inspection anatomique porte plutôt à penser que la plus grande partie de la sérosité infiltre le tissu cellulaire qui sépare les vésicules entre elles. L'œdème des poumons gagne quelquefois aussi les anciennes adhérences de la plèvre, qui, en raison de leur laxité, offrent souvent un aspect gélatineux; cette même apparence peut se rencontrer sur le poumon lui-même lorsque l'œdème envahit le bord tranchant de l'organe et que la quantité de sérosité épanchée est très considérable.

Symptômes. — L'œdème des poumons n'a que des signes fort équivoques; il n'existe communément ni douleurs ni gêne bien notable dans la respiration. Laënnec signale pourtant un peu de dyspnée, de la

toux, une expectoration aqueuse, le rejet d'une pituite incolore, très aérée, et semblable à une légère solution albumineuse. Cependant ces signes n'ont aucune valeur, car ils sont communs à plusieurs autres maladies, et manquent d'ailleurs fort souvent dans l'œdème. Lorsque l'infiltration des poumons est considérable, la percussion de la poitrine faite à ce niveau peut donner un son obscur. L'auscultation fera également découvrir dans le même point une diminution dans l'intensité du murmure respiratoire; on entendra de plus un râle sous-crépitant dont les bulles sont humides et plus ou moins nombreuses. La plupart des médecins attribuent trop de valeur à ce râle sous-crépitant, qui existe communément à la partie postérieure et inférieure de l'un et l'autre poumon. Cependant la présence de ce râle ne saurait jamais caractériser l'œdème; il ne peut signifier autre chose, si ce n'est qu'un fluide plus ou moins visqueux est épanché dans les cellules pulmonaires; mais cette exhalation peut dépendre aussi bien de l'œdème que d'une bronchite capillaire, et même d'une pneumonie. Cependant, lorsque les phénomènes morbides fournis par la percussion et par l'auscultation existent dans les parties les plus déclives des deux poumons, lorsqu'ils persistent pendant longtemps dans le même point, il sera rationnel de supposer l'existence d'un œdème pulmonaire. Toutefois on ne pourra avoir à ce sujet aucune certitude. On conçoit enfin que, lorsque l'œdème est considérable, lorsque, par exemple, l'infiltration séreuse est telle que le poumon offre un aspect gélatiniforme, la percussion doit fournir une matité plus ou moins complète et le murmure vésiculaire doit cesser; mais il ne paraît pas qu'on entende ni souffle bronchique ni bronchophonie. L'œdème ne s'accompagne pas de fièvre; il a une marche généralement longue et à peu près indéterminée. Cependant M. Andral admet une forme d'œdème pulmonaire dont le début serait brusque, et qui acquerrait rapidement une assez grande intensité pour amener la mort au milieu d'un état de suffocation comparable à celle que détermine l'œdème de la glotte. Dans d'autres cas, la marche de la maladie serait un peu moins rapide; l'œdème pourrait se prolonger pendant plusieurs jours, mais la mort surviendrait encore au milieu du même appareil de symptômes que précédemment. Je suis bien loin de nier la possibilité de pareils accidents lorsque l'œdème se développe rapidement, et qu'il envahit la plus grande partie des poumons; mais je n'ai encore observé aucun fait de ce genre, et je n'ai pu en trouver aucune relation authentique dans les auteurs: aussi l'existence d'un œdème idiopathique et aigu dans sa marche ne me paraît pas être encore démontrée.

Diagnostic. — L'absence de point de côté, de fièvre, de crachats rouillés, la persistance du râle sous-crépitant dans le même point sans qu'il y soit remplacé par le souffle tubaire, empêcheront toujours de confondre le premier degré de la pneumonie avec l'œdème. Celui-ci, au con-

traire, diffère à peine par ses symptômes et par sa marche de la congestion passive, avec laquelle d'ailleurs il coexiste très souvent. Si l'œdème était assez intense pour obscurcir le son et rendre le bruit respiratoire presque nul, il serait difficile de le distinguer d'un épanchement pleurétique léger et circonscrit. Cependant l'impossibilité de faire changer par la position les résultats de percussion et d'auscultation rendra plus probable l'existence d'un œdème pulmonaire. Le râle sous-crépitant confirmera ce diagnostic sans le rendre néanmoins certain, car on a vu ce râle se produire quelquefois dans des cas d'infiltration séreuse des fausses membranes celluleuses de la plèvre sans œdème du poumon. Un des faits les plus curieux qu'on connaisse et qui offre toutes les garanties possibles d'exactitude a été observé par le professeur Walsh, de Londres, et publié dans un petit mais excellent livre dans lequel cet habile médecin a résumé avec clarté tout ce qui a rapport au diagnostic des maladies des poumons (*The physical diagnosis of diseases of the lungs*, *London*, 1843).

Pronostic. — Si la forme aiguë de l'œdème existait, son pronostic serait très grave. Quant à la forme chronique, il ne m'a pas paru qu'elle rapprochât notablement le terme fatal des maladies dans le cours desquelles elle survient.

Etiologie. — L'œdème des poumons est une affection rarement primitive; elle se déclare presque toujours consécutivement à divers états morbides. Les vieillards, les sujets affaiblis, les convalescents en sont souvent atteints. L'infiltration séreuse des poumons reconnaît d'ailleurs les mêmes causes que les autres hydropisies, qu'elle précède souvent et qu'elle accompagne presque toujours. L'œdème des poumons est surtout une complication presque constante des maladies organiques du cœur. Laënnec avait prétendu que presque toutes les pneumonies en résolution s'accompagnaient d'œdème pendant un temps plus ou moins long; mais j'ai prouvé dans mon Traité pratique de la pneumonie que cette opinion n'était nullement démontrée.

Traitement. — L'œdème pulmonaire étant presque toujours symptomatique, son traitement est subordonné à l'affection qu'elle vient compliquer. Ainsi, existe-t-il en même temps qu'une affection organique du cœur, une saignée pratiquée peut le diminuer ou le faire cesser en atténuant la gêne de la circulation et de la respiration. Le sujet est-il faible, anémique, les ferrugineux, les toniques, les analeptiques seront indiqués. Dans tous les cas, dans ceux surtout où il n'existe aucune indication prédominante, on devra insister sur les purgatifs, sur les diurétiques et sur les révulsifs cutanés. Si les malades sont contraints de garder le lit habituellement, on variera souvent leur position afin d'empêcher la formation de congestions passives qui auraient pour effet nécessaire de produire ou d'augmenter l'infiltration séreuse.

DE L'HYDROTHORAX OU HYDROPISIE DES PLÈVRES.

L'*hydrothorax* est l'accumulation de sérosité dans l'une des plèvres ou dans les deux à la fois. C'est à tort que quelques auteurs ont confondu sous cette dénomination presque tous les épanchements des plèvres, ceux qui sont séreux comme ceux qui sont purulents. Il importe bien, pour le pronostic comme pour le traitement, de ne pas commettre une pareille confusion. L'hydrothorax, tel que nous l'avons défini, est une maladie vulgairement appelée *hydropisie de poitrine;* elle est très fréquente, mais elle n'est peut-être jamais primitive ou idiopathique; dans presque tous les cas, en effet, sinon dans tous, elle est symptomatique de quelque affection préexistante. Un épanchement plus ou moins considérable de sérosité, variant de 60 à 100 grammes, se rencontre dans les plèvres à l'ouverture de plus du tiers des cadavres. Ces épanchements, à peu près constants sur les individus qui succombent à une maladie du cœur, et surtout à une néphrite albumineuse, manquent plus souvent chez les phthisiques, chez lesquels M. Louis ne les a remarqués que chez la dixième partie des sujets. Cette différence tient à ce que, chez les tuberculeux, il existe communément des adhérences plus ou moins étendues et souvent générales entre les poumons et les plèvres, disposition qui, comme on le conçoit, empêche l'épanchement de se produire. La plupart de ces épanchements séreux se forment pendant l'agonie, et sont alors l'effet du trouble profond que la respiration et la circulation éprouvent dans les derniers instants de la vie; les collections séreuses qui surviennent dans ces conditions dépassent rarement 120 grammes. Lorsqu'au contraire l'hydrothorax est symptomatique d'une maladie organique du cœur, d'une néphrite albumineuse et de toutes les lésions des solides et des liquides qui peuvent produire la diathèse séreuse, on voit l'épanchement se déclarer à une époque plus ou moins éloignée de la mort; il se révèle alors par des signes spéciaux, et constitue une complication plus ou moins grave qui peut accélérer le terme fatal. En résumé, je crois que l'hydrothorax ne survient guère que comme affection secondaire ou consécutive; on peut toujours en trouver la cause dans une gêne de la circulation cardiaque ou pulmonaire, ou dans une altération du sang. Je suis donc porté à nier absolument l'hydrothorax idiopathique; aucun fait authentique n'en a du moins encore démontré l'existence, et tous ceux qu'on rapporte ne sont autre chose que des pleurésies aiguës ou chroniques, maladies qu'il n'est plus permis aujourd'hui de confondre avec les épanchements simplement séreux des plèvres.

Symptômes, marche, diagnostic, pronostic. — L'hydrothorax ne détermine jamais de douleur ni de fièvre. S'il est considérable ou s'il

existe dans les deux plèvres, il produit de la dyspnée, de l'oppression; on constate en outre tous les signes physiques caractérisant les épanchements pleurétiques (voir *Pleurésie*). Ainsi, dans les points où la collection séreuse existe, il y a matité, absence de respiration, quelquefois souffle tubaire, égophonie; et ce dernier phénomène éprouve les mêmes alternatives que lorsqu'il se rattache à l'existence d'un épanchement inflammatoire. Dans l'hydrothorax, il est plus facile de faire varier les phénomènes de percussion et d'auscultation d'après les positions qu'on donne au malade que dans les cas de pleurésie, parce que dans les premiers il ne se forme pas d'adhérence au pourtour de l'épanchement; cependant celui-ci pourrait être à la rigueur circonscrit par des brides dont la formation remonterait à une époque éloignée. Il est inutile de dire que lorsqu'un côté de la poitrine est rempli en totalité ou presque entièrement, on ne modifie jamais par les différentes inclinaisons du tronc les résultats d'auscultation et de percussion. Il est rare que dans l'hydrothorax la matité occupe plus des deux tiers de la poitrine, et l'épanchement est rarement assez considérable pour dilater cette cavité. En ayant égard à toutes ces différences, et surtout aux antécédents, aux maladies concomitantes, aux symptômes généraux, à l'absence de fièvre et de douleur, on pourra distinguer l'hydrothorax de la pleurésie, soit aiguë, soit chronique.

La marche de l'hydrothorax est subordonnée à la marche même de la maladie dont il est le symptôme; il est très commun aussi d'observer du jour au lendemain une augmentation ou une diminution considérable de l'épanchement, quoique souvent il ne soit survenu du côté de la maladie principale aucun phénomène qui explique ces changements.

L'hydrothorax est toujours une complication fâcheuse qui augmente les souffrances des malades en produisant de la gêne dans la respiration ou en l'augmentant, lorsque déjà elle existe. Enfin, si l'hydrothorax se faisait rapidement et dans les deux côtés du thorax à la fois, il pourrait déterminer la mort ou l'accélérer beaucoup.

Traitement. — On insistera sur l'usage des purgatifs, des diurétiques, lorsque rien ne s'oppose à leur emploi; on promènera des vésicatoires sur la poitrine. Enfin, si l'épanchement était trop considérable et qu'il menaçât de produire l'asphyxie, il faudrait l'évacuer à l'aide d'une simple ponction faite avec un trois-quarts, comme pour l'opération de la paracentèse. Si l'*hydrothorax* n'était pas toujours symptomatique d'une maladie incurable, on devrait espérer de meilleurs résultats de la thoracentèse faite pour cette maladie que pour la pleurésie chronique, en raison de l'intégrité de la plèvre et parce que le poumon, n'étant point bridé par des fausses membranes, peut se laisser dilater plus facilement par l'air. Quoi qu'il en soit, on devra évacuer le liquide toutes les fois que, par son accumulation trop grande, il détermine des acci-

dents de suffocation, ou lorsque sa résorption tarde trop à se faire. Des faits assez nombreux, dont un grand nombre ont été analysés dans le tome V du *Compendium de médecine*, démontrent que la thoracentèse peut être un moyen curatif. C'est donc une ressource qu'il ne faut pas négliger, et il convient de revenir des préventions que la généralité des médecins ont encore contre la thoracentèse, qui est un moyen le plus souvent inutile, mais jamais dangereux par lui-même.

DE L'HYDROPÉRICARDE.

Chez la plupart des individus qui succombent à une maladie aiguë ou chronique, on trouve dans le péricarde une, deux ou trois cuillerées à bouche de sérosité citrine ou légèrement sanguinolente, épanchement qui, comme celui des plèvres, paraît s'effectuer pendant l'agonie, et reconnaît les mêmes causes que ce dernier. Lorsque l'épanchement du péricarde dépasse 125 grammes, il ne nous semble plus devoir être considéré comme cadavérique : c'est donc là le terme qu'il me paraît convenable de fixer pour marquer le point où commence l'hydropéricarde.

La plupart des auteurs divisent l'hydropéricarde en idiopathique ou essentielle et en symptomatique ; mais nous ne pouvons que répéter ici ce que nous disions tantôt de l'hydrothorax, savoir, que ces épanchements sont toujours symptomatiques d'une des nombreuses affections qui produisent les autres espèces d'hydropisies. On retrouve surtout l'épanchement séreux du péricarde dans le cours de la maladie de Bright, puisqu'on l'observe alors dans le quart des cas, et il se montre presque toujours consécutivement aux épanchements séreux du péritoine, de la plèvre et du tissu cellulaire.

Il n'existe encore dans la science aucun fait authentique qui démontre qu'une hydropéricarde se soit développée primitivement et uniquement par suite d'une supersécrétion active de la séreuse. Dans les cas qu'on a rapportés comme tels, il a existé manifestement une péricardite plus ou moins étendue : le péricarde contient alors une plus ou moins grande quantité de flocons albumineux, tels qu'on en trouve dans l'inflammation de toutes les membranes séreuses.

Caractères anatomiques.— La sérosité citrine ou sanguinolente varie depuis 125 grammes jusqu'à 4 kilogrammes, comme Corvisart l'a observé une fois. Lorsque l'épanchement est aussi considérable, le péricarde est distendu, le cœur est refoulé en arrière ; le tissu de cet organe est parfois plus pâle, et le péricarde offre aussi dans quelques cas une couleur lactescente ou d'un blanc mat. Enfin les poumons, le diaphragme, l'estomac, le foie et la rate, peuvent être refoulés, comme nous l'avons vu dans certaines péricardites chroniques.

Symptômes. — Les signes locaux de l'hydropéricarde sont les mêmes que ceux de la péricardite aiguë ou chronique avec épanchement considérable. Comme pour celle-ci, il existe une voussure de la région précordiale, une matité s'étendant sur une surface plus ou moins large, et pouvant varier plus ou moins dans un sens ou dans un autre, suivant les positions qu'on donne au malade. A l'auscultation, les bruits du cœur sont obscurs, lointains, et parfois même on ne les perçoit plus. Corvisart a dit qu'on pouvait d'un moment à l'autre sentir les battements de l'organe tantôt à droite, tantôt à gauche, ce qui s'expliquerait par ce que le péricarde, dilaté par le liquide, permet au cœur de se déplacer assez facilement. Mais ce signe, observé par Corvisart, ne paraît avoir été vérifié par personne, si ce n'est peut-être par le docteur Pigeaux. Sénac a prétendu aussi avoir vu le flot du liquide dans l'intervalle des troisième, quatrième et cinquième côtes, et Corvisart croit avoir également senti une fois la fluctuation; mais personne jusqu'à présent n'a pu constater les mêmes phénomènes, qui, s'ils existaient, seraient tout-à-fait caractéristiques.

Dans l'hydrothorax, il n'y a point de douleur, mais seulement un sentiment de pesanteur, d'oppression et parfois de l'orthopnée; la face est violacée, le pouls est petit, fréquent, et si l'œdème des extrémités inférieures n'existe déjà par le fait d'une maladie antérieure, il peut se développer sous l'influence de l'épanchement du péricarde. Mais pour que ces phénomènes aient lieu, il faut que la sérosité épanchée soit très considérable; car si elle n'est qu'en quantité médiocre, les fonctions du cœur ne sont point ou sont à peine troublées, ce qu'il faut attribuer à ce que l'épanchement s'est produit peu à peu; mais lorsqu'il se fait avec rapidité, il peut même, en étant peu considérable, produire un grand désordre dans les contractions cardiaques. Comme pour l'hydrothorax, on voit l'hydropéricarde rester quelque temps stationnaire, ou bien augmenter ou diminuer en peu de temps. Sa durée est indéterminée.

Les signes précédemment indiqués feront découvrir la présence du liquide dans le péricarde, même lorsque cet épanchement est médiocre; car nous n'admettons pas, avec Laënnec, que les moyens physiques d'exploration dont nous disposons ne nous permettent de reconnaître que les hydropéricardes très considérables, c'est-à-dire celles qui contiennent au moins 500 grammes de sérosité Mais pour déterminer quelle est sa cause, il faudra avoir égard aux antécédents, à la marche de la maladie, et aux affections concomitantes.

La gravité du pronostic est proportionnée à l'abondance de l'épanchement; cependant on ne peut encore rien établir de précis à ce sujet.

Traitement. — Je ne dirai rien des moyens généraux qui conviennent à tous les cas d'hydropisie, et qui par conséquent sont applicables à l'hydropéricarde. Depuis Sénac, les auteurs ont proposé de donner

issue, au moyen d'une opération chirurgicale, au liquide épanché. Les uns ont conseillé la simple ponction (Sénac), d'autres l'incision entre les cartilages de la sixième et de la septième côte (Desault), ou bien l'incision après avoir préalablement trépané le sternum (Laënnec); enfin on a même proposé, après avoir vidé complétement la sérosité, d'injecter à sa place un liquide irritant, afin de provoquer, comme dans les hydrocèles, une inflammation adhésive. Mais l'expérience n'a pas encore prononcé sur la valeur de ces divers modes de traitement. Quant à l'idée de pousser dans le péricarde une injection irritante, c'est une pratique que les hommes les plus éminents recommandent; mais il lui manque encore la sanction de l'expérience. Dans tous les cas, c'est un moyen que je crois fort dangereux et dont je ne voudrais pas actuellement prendre la responsabilité.

DE L'ASCITE.

L'accumulation de sérosité dans la cavité du péritoine a reçu le nom d'*ascite*. Quelques auteurs ont aussi appliqué la même dénomination à l'infiltration des parois du ventre (*ascite sous-cutanée*), à l'épanchement de sérosité dans la gaîne des muscles droits (*ascite vaginale*), ou bien dans un kyste développé dans le péritoine (*enkystée péritonéale*), ou dans un des viscères abdominaux (*ascite viscérale*). Mais ces maladies diffèrent trop de l'ascite proprement dite, pour pouvoir être décrites ensemble et confondues sous un nom commun.

Historique.— L'ascite, qui est après l'œdème la forme la plus commune des hydropisies, a été connue dès la plus haute antiquité. Le mot qui sert à la désigner lui a été probablement donné à cause de la ressemblance qui existe effectivement entre le ventre rempli de sérosité et une outre (ἀσκὸς) également distendue par un liquide. Les anciens, quoique considérant l'ascite comme étant presque toujours une maladie essentielle, idiopathique, ont pourtant essayé, à différentes époques, de la rattacher à l'existence de quelque lésion matérielle, et spécialement à une altération du foie (Galien), ou aux diverses lésions organiques des principaux viscères de l'abdomen (F. Hoffmann). Les recherches d'anatomie pathologique, poursuivies avec tant de zèle depuis Morgagni, ont eu pour effet de restreindre de plus en plus le nombre des ascites idiopathiques, en même temps que des moyens d'exploration plus précis permettaient de ne plus confondre les hydropisies de l'abdomen avec les maladies nombreuses qui ont avec elles plusieurs points de ressemblance. C'est surtout aux travaux de MM. Andral, Bouillaud, Dugès, Piorry, Reynaud, Rostan, etc., que nous sommes redevables de la précision avec laquelle nous pouvons établir aujourd'hui le diagnostic de la maladie et sa nature.

Etiologie. — Il est certain qu'il existe une ascite idiopathique quant à son origine, et affectant presque toujours la forme sthénique On l'observe à peu près uniquement chez les sujets jeunes, robustes; elle succède à la suppression d'une hémorrhagie, et, plus souvent, à l'impression du froid, telle que l'ingestion d'une boisson glacée pendant que le corps est en sueur. D'autres fois, une excitation trop forte des organes abdominaux, telle que celle que détermine l'usage ou plutôt l'abus des purgatifs drastiques, a quelquefois été suivie d'un épanchement séreux dans le ventre; c'est ce que nous avons vu plusieurs fois après le traitement de la colique saturnine par la méthode de la Charité. Dans ces cas, on ne peut saisir nulle part aucune lésion matérielle capable d'expliquer l'hydropisie; il semble alors que celle-ci survient seulement sous l'influence d'une excitation particulière du péritoine, qui a pour effet de produire une supersécrétion. Mais presque toujours l'ascite est symptomatique; cette maladie peut survenir sous l'influence de toutes les causes qui président au développement de toutes les autres hydropisies, et qu'il est inutile d'énumérer de nouveau. La plupart de ces causes ne déterminent l'ascite qu'après avoir déjà produit quelque autre hydropisie, et spécialement l'œdème de quelques parties du corps. Mais, parmi ces lésions, il en est quelques unes qui semblent être plus spécialement des causes d'ascite, puisque, lorsqu'elles amènent la diathèse séreuse, ce n'est qu'après avoir préalablement produit un épanchement péritonéal: tels sont l'hypertrophie de la rate et du foie, l'atrophie de ce dernier viscère et son altération connue sous le nom de cirrhose, le rétrécissement de la veine porte, la péritonite tuberculeuse. Enfin, dans les cancers utérins, lorsque la dégénérescence, s'étendant vers le bas-fond de la vessie, gagne l'orifice des uretères, on voit souvent se former une ascite qui disparaît ensuite lorsque le tissu malade venant à se ramollir et à s'ulcérer, l'urine peut affluer plus librement dans la vessie. D'après la multiplicité des causes de l'ascite, on conçoit que cette affection doit être très commune; on l'observe, en effet, à tous les âges; elle peut même se développer dans le cours de la vie intra-utérine; le volume que le ventre acquiert alors peut devenir une cause de dystocie.

Anatomie pathologique. — D'après ce qui précède, on conçoit combien sont nombreuses et variées les altérations qu'on trouve à l'ouverture des cadavres. Quant à l'épanchement lui-même, il est plus ou moins abondant. Il est rare que l'abdomen contienne moins d'un kilogramme de liquide; assez souvent sa quantité s'élève à 30, 40 et 50 litres; on dit même avoir tiré jusqu'à 50 kilogrammes de sérosité. Ce liquide est parfois ou peu lactescent ou rougeâtre; il peut contenir quelques rares flocons albumineux; le plus souvent il est d'un jaune citrin ou verdâtre, inodore, très rarement d'une odeur nauséeuse ou fétide; il a parfois au toucher une légère consistance oléagineuse, et, contraire-

ment à ce qu'on dit généralement, M. Andral ne l'a pas trouvé plus albumineux que celui provenant de toutes les autres hydropisies que nous avons étudiées jusqu'à présent. Assez récemment un médecin fort distingué, M. le docteur de la Harpe, a annoncé avoir trouvé dans la sérosité de quelques ascitiques une certaine proportion de fibrine qui, à l'instar de celle du sang, se coagulerait spontanément et formerait un caillot. Suivant l'habile médecin de l'hôpital de Lausanne, ce principe ne se retrouverait guère que dans les ascites sthéniques, dans celles qui, pour me servir des expressions de M. de la Harpe, seraient intermédiaires entre la simple exhalation de sérosité et la péritonite, avec production de fausses membranes. Disons toutefois que les observations de ce médecin ne sont pas encore concluantes; nous croyons surtout que la présence de la fibrine n'a pas été établie par lui d'après des caractères suffisants. Lorsque l'épanchement ascitique a été considérable et que les parois du ventre ont été très distendues, on trouve la plupart des muscles qui les forment, et surtout les muscles droits, pâles, amincis, comme atrophiés; il en est de même des intestins, qui sont refoulés vers la partie supérieure du ventre; enfin le péritoine pariétal et viscéral offre souvent une couleur opaline, une teinte laiteuse qui résulte probablement de la macération de cette membrane par le fluide épanché.

Symptômes. — Lorsque la sérosité s'épanche dans le péritoine, le ventre augmente peu à peu de volume. Les malades se plaignent d'abord d'être serrés par leurs vêtements, et cette gêne augmente encore après les repas, lorsque l'estomac est distendu par les aliments. Si on examine alors le ventre, on le trouve plus ou moins déformé; si le malade est debout ou assis, l'hypogastre et les régions iliaques forment une saillie plus ou moins considérable; s'il est couché horizontalement, les flancs semblent élargis; enfin, si on fait incliner le malade sur un des côtés, la saillie du ventre se dessine dans le point qui est devenu le plus déclive. Cependant, à mesure que l'épanchement devient plus abondant, on voit augmenter la tension du ventre, dont la circonférence peut être double ou triple de l'état normal. Il arrive assez fréquemment alors que la cicatrice ombilicale est soulevée, et forme une petite tumeur molle, fluctuante, transparente, qui se tend toutes les fois que les malades toussent ou font des efforts. La percussion du ventre fait entendre un son tout-à-fait mat dans tous les points que le liquide occupe; la matité est d'autant plus complète et la résistance au doigt d'autant plus forte que la couche du liquide offre plus d'épaisseur. Ces phénomènes ont donc leur maximum d'intensité à l'hypogastre et vers les flancs; ils diminuent en se rapprochant de la partie supérieure; enfin, on arrive à un point plus ou moins rapproché de l'ombilic où la matité est moins complète et où il existe déjà un peu d'élasticité, c'est ce qui marque la ligne de niveau du liquide. Au-dessus de ce point on constate une

sonorité tympanique produite par les intestins, qui, en raison des gaz qu'ils contiennent, ont une pesanteur spécifique peu considérable, et surnagent au-dessus de l'épanchement. Pour constater ces phénomènes, il convient de percuter d'abord légèrement, afin de ne pas déplacer le liquide. Cependant, pour découvrir l'état des parties profondes, pour mesurer l'épaisseur de la couche liquide, et pour s'assurer qu'aucune anse intestinale n'est maintenue au centre de l'épanchement par quelque ancienne adhérence, on devra déprimer la paroi abdominale, et percuter à fur et mesure qu'on se rapproche davantage de la colonne vertébrale. Dans cette exploration, il y aura avantage à se servir de la plaque d'ivoire de M. Piorry. Dans l'ascite on produit ordinairement le phénomène de la fluctuation; celle-ci est, en général, d'autant plus manifeste, que la quantité de sérosité est plus considérable, que les parois du ventre sont plus distendues, et qu'il y a moins d'infiltration dans le tissu cellulaire sous-cutané. Pour sentir la fluctuation, il suffit de placer une main sur un côté du ventre, et de frapper légèrement avec l'autre sur le côté opposé, afin que la première reçoive la sensation d'un choc ou d'une ondulation. Pourtant ce n'est pas toujours d'un côté à l'autre du ventre qu'il faut chercher à produire la fluctuation, car on n'y réussirait pas, dans les cas surtout où l'épanchement n'est pas assez considérable pour distendre le ventre. On doit, en pareille circonstance, rechercher le phénomène dans le point le plus déclive, et dans un petit espace; pour cela on percute avec l'indicateur d'une main à 6 ou 9 centimètres de celle qu'on tient appliquée, on obtient alors ce qu'on nomme *la fluctuation périphérique*. Ce mode d'exploration a été parfaitement décrit par M. le docteur Tarral. Dans les cas ordinaires, il convient, en général, d'appliquer la main à la partie inférieure du ventre là où la couche du liquide offre le plus d'épaisseur. Pour percevoir la fluctuation, il faut tantôt ne faire que poser la main, d'autres fois on doit déprimer assez fortement les parois du ventre. La fluctuation est rarement perçue dans toute l'étendue de la matité; elle n'existe parfois manifestement qu'à l'hypogastre ou vers les flancs.

Lorsque l'ascite est devenue considérable, la peau du ventre est lisse, tendue; bientôt le tissu cellulaire subjacent s'infiltre; enfin, il n'est pas rare de voir le derme lui-même se pénétrer de sérosité. Dans ce cas, il suffit de promener très légèrement l'ongle sur la surface du ventre pour tracer un sillon plus ou moins profond, qui ne tarde pas à disparaître. Enfin l'infiltration finit par gagner le reste du corps, et surtout les membres inférieurs.

Les viscères abdominaux, les organes digestifs surtout, éprouvent un trouble plus ou moins marqué dans leurs fonctions et qui est proportionné au degré de compression que le fluide épanché exerce sur eux. Ainsi, les digestions sont laborieuses, pénibles; il y a parfois des vomissements

et une constipation opiniâtre ; souvent le tube intestinal et surtout l'estomac sont le siége d'une exhalation abondante de gaz qui rend l'anxiété plus pénible ; l'ingestion des aliments et des boissons augmente également la gêne et la tension du ventre. Il paraît aussi que la compression à laquelle les reins et les uretères sont soumis diminue souvent la sécrétion urinaire ; celle-ci reprend communément toute son activité dès qu'on a évacué le liquide par la paracentèse. C'est en grande partie par la compression que subissent les veines abdominales qu'il faut expliquer l'œdème des membres inférieurs et le développement insolite que prennent souvent les veines sous-cutanées abdominales et même celles des parois latérales de la poitrine jusque dans le creux axillaire, vaisseaux par lesquels s'établit une circulation supplémentaire. Ce qui le prouve, c'est qu'après la paracentèse, lorsque la cause de compression a été enlevée, on voit diminuer et parfois disparaître l'œdème des membres inférieurs, et les veines des parois thoraciques et abdominales reprennent leur calibre, à moins pourtant qu'il n'existe un obstacle permanent dans la veine porte ou la veine cave inférieure, obstacle qui alors aura été le point de départ de tous les accidents. Enfin, les viscères thoraciques sont également troublés dans leurs fonctions à cause du refoulement en haut du diaphragme et par suite du rétrécissement que la cavité thoracique subit dans son diamètre vertical. C'est ce qui explique la dyspnée des malades, toujours proportionnée à la distension du ventre, l'oppression et les palpitations, et parfois l'hémoptysie, comme Stoll paraît l'avoir observé. Ces accidents sont surtout portés à leur summum d'intensité lorsque l'ascite existe en même temps qu'une grossesse ; alors les femmes éprouvent une anxiété continuelle et sont dans un état de suffocation imminente. Ces symptômes prennent surtout un caractère effrayant à dater du sixième mois de la gestation, c'est-à-dire à l'époque où le fond de l'utérus s'élève à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Les sujets qui ont une ascite ont généralement la face pâle, altérée, bouffie ou amaigrie ; les muqueuses sont décolorées, la peau est sèche, aride, rugueuse ; l'urine est rare, la soif variable ; la faiblesse et l'amaigrissement vont toujours en augmentant ; dans la station et la progression, les malades sont obligés de renverser le tronc en arrière afin de pouvoir rétablir l'équilibre. Enfin, il existe plusieurs autres symptômes généraux et locaux variables suivant la maladie dont l'ascite n'est qu'un des symptômes.

Dans les cas rares où l'ascite est sthénique et idiopathique, l'accumulation de la sérosité dans le péritoine se fait plus rapidement que dans les cas précédents ; mais elle est communément moins abondante, et elle est précédée et accompagnée d'un état inflammatoire : ainsi, la peau est chaude, halitueuse ; le pouls est large, dur et d'une fréquence médiocre.

Marche, durée. — L'ascite a une marche qui varie suivant la cause qui la produit : ainsi elle est tantôt primitive ; d'autres fois, au contraire, elle n'arrive que consécutivement à d'autres hydropisies telles que l'œdème des extrémités inférieures, comme dans les maladies du cœur, ou bien elle est précédée de l'œdématie de la face, comme cela a lieu communément dans la maladie de Bright. L'épanchement s'accroît avec plus ou moins de rapidité ; il offre souvent, et sans cause appréciable, des alternatives ; sa durée est toujours longue ; il est rare qu'il se termine avant un ou deux mois, et souvent il persiste pendant six mois, une ou plusieurs années. Le professeur Graves a cité un cas de guérison après huit années ; on dit même avoir vu l'ascite persister pendant trente ou quarante ans. Mais ces faits, en apparence extraordinaires, ont été presque tous observés chez la femme, et sont plutôt des exemples d'hydropisie enkystée de l'ovaire, ce qui, sans être commun, est pourtant moins extraordinaire.

Terminaisons. — L'ascite peut se terminer par la guérison ; celle-ci a communément lieu peu à peu par suite de la résorption lente du liquide ou bien plus rapidement, et dans ce cas on observe ordinairement un flux par l'intestin, par les voies urinaires ou par la peau. Dans des cas plus rares encore, la peau de l'ombilic s'étant ulcérée, le liquide abdominal s'est écoulé par cette voie ; chez des sujets atteints de hernie scrotale, on a encore vu la sérosité s'échapper par une fistule du scrotum consécutive à une escarre gangréneuse pénétrant jusque dans la tunique vaginale. Enfin on dit même avoir vu le liquide se faire jour à travers l'intestin. Quoi qu'il en soit, l'ascite ne guérit presque jamais lorsqu'elle dépend d'une lésion matérielle des organes ; si quelquefois elle cesse tout-à-fait, ce n'est presque toujours que d'une manière momentanée ; car elle ne tarde pas à récidiver bientôt.

Si on se rappelle les causes qui produisent le plus fréquemment l'ascite, on comprendra pourquoi cette maladie se termine le plus souvent d'une manière funeste. En général, alors, l'anxiété et l'oppression augmentent, l'hydropisie s'étend à tout le corps ; il y a des défaillances, des syncopes, des escarres, et la mort survient peu à peu ou tout-à-coup.

Diagnostic. — Le diagnostic comprend trois points : 1° reconnaître l'ascite ; 2° la distinguer des maladies qui ont quelque ressemblance avec elle ; 3° déterminer la cause qui l'a produite. La tuméfaction uniforme du ventre, la matité et la fluctuation sont les trois caractères à l'aide desquels on diagnostique la présence d'un épanchement liquide dans l'abdomen. On déterminera que le liquide est libre dans le péritoine par la facilité avec laquelle on peut le déplacer en variant les positions : c'est ainsi qu'en faisant coucher le malade sur un des côtés, le liquide obéissant aux lois de la pesanteur s'accumulera dans la partie la plus déclive ;

la percussion pratiquée à ce niveau donnera un son complétement mat, tandis que, dans le point correspondant du côté opposé, le son sera plus ou moins tympanique. Si enfin on fait coucher le malade sur ce dernier côté, on obtiendra des résultats semblables aux précédents, mais en sens inverse. En variant ainsi les positions des malades, on pourra, comme M. Piorry l'a démontré le premier, arriver à reconnaître des épanchements peu considérables et qui ne déterminent encore ni matité ni fluctuation. Mais comme le liquide s'accumule alors spécialement dans la cavité pelvienne, il importe de soulever le bassin et d'incliner le malade sur un des côtés : c'est en réunissant ainsi toute la sérosité dans un seul point qu'on pourra obtenir un son mat et déterminer le phénomène de la fluctuation. Cependant il peut se faire que d'anciennes adhérences s'opposent au déplacement de la sérosité. J'ai dit précédemment comment on pouvait produire la fluctuation ; je ne reviendrai point sur ce phénomène. Mais il importe ici de prévenir nos jeunes confrères de ne pas prendre pour de la fluctuation la vibration ou le frémissement qu'éprouvent les parois abdominales distendues lorsqu'on les percute brusquement. La sensation qu'on éprouve dans ces cas diffère pourtant de celle que donne la fluctuation : c'est l'habitude seule qui peut apprendre à distinguer les deux phénomènes.

Différentes tumeurs ou maladies du ventre peuvent simuler l'ascite, et ont, en effet, souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic : ce sont la tympanite, les tumeurs enkystées, la distension de la vessie par l'urine et toutes les tumeurs formées par le développement de l'utérus. Dans la tympanite, le ventre est plus ou moins distendu comme dans l'ascite ; mais il y a cette différence entre les deux affections, que dans la première le ventre offre dans toute son étendue une sonorité tympanique exagérée, tandis que dans l'ascite cette sonorité n'existe qu'à la partie supérieure, là où les intestins ont été refoulés, tandis que partout ailleurs le son est plus ou moins mat. Si la vessie distendue par l'urine fait saillir la paroi abdominale antérieure, le son est mat à son niveau, et on peut produire la fluctuation comme dans l'ascite ; mais dans le cas de rétention d'urine, la fluctuation est plus profonde, plus obscure ; le palper de l'abdomen fait reconnaître une tumeur ovalaire ou pyriforme située sur la ligne médiane ; on peut à peine déplacer la matité par les différentes positions qu'on donne au malade ; souvent, en pressant sur la tumeur, on excite l'envie d'uriner. Enfin, le cathétérisme, en donnant issue à l'urine, détruit tous les doutes qu'on pouvait avoir. Il est impossible de confondre l'ascite avec une grossesse avancée, car dans celle-ci le ventre est occupé par une tumeur pyriforme dure, située sur la ligne médiane et un peu inclinée à droite, mate, non fluctuante. Si on l'ausculte, on entend le souffle placentaire et les doubles battements du cœur du fœtus. Enfin le toucher fera recon-

naître un raccourcissement plus ou moins considérable du col et le phénomène du ballottement. Il sera tout aussi facile de distinguer l'ascite de l'hydromètre, de la pneumatose utérine, des tumeurs enkystées des ovaires, ainsi que de l'affection vicieusement nommée hydropisie de l'estomac : c'est ce que j'exposerai avec détails quand je traiterai de chacune de ces maladies. Il est une affection assez rare et qu'il était presque impossible de distinguer de l'ascite lorsque la science n'était pas encore dotée des moyens d'exploration que nous possédons aujourd'hui : je veux parler de ces tumeurs enkystées des parois abdominales (hydropisies enkystées du péritoine) dont Morgagni a parlé dans sa trente-huitième Lettre, et qu'on a vues s'étendre de l'épigastre au pubis et de l'un à l'autre hypochondre. Dans ces cas le ventre est développé; il est mat et fluctuant: mais la percussion pourra à elle seule faire reconnaître la nature de la maladie. Elle montrera, en effet, qu'on ne peut déplacer la matité par les positions qu'on donne aux malades, que le son mat existe également sur toute l'étendue de la tumeur. Enfin, en déprimant fortement avec le plessimètre la paroi abdominale dans les parties les plus déclives, comme à l'hypogastre, et en percutant fortement, on se convaincra, par le son un peu clair qu'on obtiendra et par l'élasticité dont les doigts auront la conscience, que les *intestins existent à ce niveau, et qu'ils n'ont pas été déplacés*, circonstance capitale, puisque nous avons vu que constamment dans l'ascite ils étaient refoulés au-dessus de l'épanchement. Comme complément du diagnostic, on apprendra que la maladie a commencé par une tumeur circonscrite qui a envahi peu à peu le reste du ventre en s'étendant souvent de haut en bas; enfin, on verra manquer les symptômes des maladies qui produisent le plus souvent l'ascite.

L'ascite une fois reconnue, il faut déterminer la cause qui l'a produite. On y parviendra le plus souvent en étudiant les antécédents des malades, la marche que l'ascite a suivie, et les accidents morbides qui l'accompagnent. Ainsi l'épanchement péritonéal qui survient consécutivement à l'œdème des extrémités inférieures peut bien dépendre d'un obstacle au cours du sang dans la veine cave inférieure; mais presque toujours elle est l'indice d'une affection organique du cœur. L'ascite qui se montre chez des sujets dont la face est pâle, bouffie, et qui ont eu déjà de l'œdème sur plusieurs autres points du corps, devra faire soupçonner une maladie de Bright, et portera à examiner les qualités de l'urine. Lorsque l'ascite est primitive, lorsqu'un sujet qui présente la diathèse séreuse au plus haut degré nous apprend que l'hydropisie a commencé par le ventre, et n'a gagné les autres parties du corps que consécutivement, il faudra rechercher dans l'abdomen lui-même la cause de la maladie. La palpation et la percussion feront alors reconnaître dans cette cavité quelque tumeur plus ou moins volumineuse, et si l'exploration la

plus attentive ne fait constater l'existence d'aucune tumeur, on soupçonnera quelque obstacle dans la veine porte, et avant tout une cirrhose du foie ; car cette lésion est la cause la plus fréquente des ascites primitives. Enfin l'ascite qui a été précédée de douleur de ventre, d'un grand amaigrissement, et qui s'accompagne de beaucoup de dureté des parois abdominales, se rattache toujours à une péritonite chronique.

Nous ne saurions terminer ce sujet sans redire encore combien les ascites idiopathiques sont rares. On ne doit donc jamais manquer, dans les cas d'épanchements péritonéaux, d'interroger tous les organes, toutes les fonctions et d'analyser tous les fluides qui pourraient nous éclairer sur la cause de la maladie. Il ne faut pas oublier surtout que des ascites en apparence spontanées, survenant rapidement et sans douleur chez des sujets jeunes, et au milieu des apparences de la santé, se lient souvent à une grave lésion du péritoine, à la présence de tubercules miliaires. Nonobstant cette altération, quelques malades se rétablissent momentanément, et sont emportés plus tard par une récidive ou une autre affection tenant à la diathèse elle-même. C'est ainsi qu'il y a quelques années, j'envoyai dans les salles de M. Chomel une jeune fille forte en apparence, qui avait été prise, sans cause connue, d'une ascite remontant alors à quelques semaines. La manière dont l'affection avait débuté, sa marche, et l'état actuel de la malade, la facilité avec laquelle la guérison s'opéra, donnaient à penser que l'ascite était essentielle. Cependant, à peine quelques semaines s'étaient écoulées que cette jeune fille rentrait de nouveau à l'Hôtel-Dieu avec une méningite granulée à laquelle elle succomba; et à l'autopsie, on trouva, indépendamment des lésions cérébrales, un grand nombre de granulations miliaires dans le péritoine, qui présentait, en outre, quelques fausses membranes et un peu d'épanchement liquide.

Pronostic. — L'ascite est une maladie toujours grave : cette gravité ne tient point à l'épanchement lui-même, mais presque uniquement aux lésions dont elle est presque toujours symptomatique.

Traitement. — Le traitement à opposer à l'ascite est le même que celui des autres hydropisies; nous n'y reviendrons pas. Nous dirons seulement que, pour bien juger de l'effet des remèdes, il importe de mesurer de temps en temps la circonférence du ventre à l'aide d'un lien. Il convient aussi de marquer avec de l'encre ou du nitrate d'argent la hauteur de l'épanchement.

Lorsque les moyens ordinaires restent sans effet, lorsque la distension du ventre est telle que les malades éprouvent beaucoup de dyspnée et d'anxiété, il faudra donner issue au liquide par la paracentèse. Dans la plupart des cas, on tarde trop de pratiquer cette petite opération qui soulage toujours. En l'éloignant comme on fait, on laisse distendre outre mesure et affaiblir les parois abdominales, ce qui permet à

l'épanchement de se reproduire avec beaucoup plus de facilité. Ce n'est point ici le lieu de décrire le manuel opératoire de la paracentèse. Nous dirons seulement qu'il convient de ponctionner le ventre dans le flanc. Cependant, si l'ascite coexiste avec une grossesse, le liquide ayant été refoulé en grande partie vers les hypochondres, comme la matité et la fluctuation le démontrent, on a conseillé de ponctionner dans ce point (Scarpa et Cruch de Pavie). Mais il nous paraît préférable, avec M. Ollivier (d'Angers) de donner issue au liquide à travers l'ombilic ou par un point de la ligne blanche. L'opération de la paracentèse paraît, dans ces cas, hâter l'époque de l'accouchement. Quel que soit le point du ventre qu'on ponctionne et de quelque manière qu'on opère, il convient, avant d'enfoncer l'instrument, de percuter le ventre à ce niveau, et de s'assurer, en pratiquant une percussion superficielle et profonde, qu'il n'y a aucune anse intestinale. Nous conseillons de vider le ventre en une seule fois, à moins pourtant que l'ascite ne soit trop considérable, cas dans lequel on devrait faire plusieurs ponctions successives, et ne permettre à chacune d'elles que l'écoulement d'une partie du liquide, afin de faciliter le retrait des parois sur elles-mêmes. Quoi qu'il en soit, l'épanchement évacué on devra, dans les jours qui suivront, établir une forte dérivation vers les reins, la peau et sur tout le tube digestif; on exercera en même temps une compression méthodique sur tout le ventre. Ces moyens ont quelquefois amené la guérison de quelques ascites, ou du moins ont retardé leur récidive; c'est ce qui résulte surtout d'un travail publié par M. Bricheteau, dans le *Journal les Archives*, pour l'année 1832. Nous ne citerons que pour les blâmer certaines tentatives plus qu'imprudentes qui ont été faites pour produire la guérison radicale de la maladie, telles que des injections astringentes et irritantes, ou l'introduction de vapeurs vineuses dans l'intérieur du péritoine. Après les accidents funestes dont de pareilles tentatives ont été suivies, ce serait un crime que de les répéter encore.

SÉCRÉTIONS SÉREUSES DES MEMBRANES MUQUEUSES.

Les membranes muqueuses sont très rarement le siége de flux aqueux ou séreux; les seules sécrétions de ce genre qu'on observe quelquefois n'ont guère lieu que dans le tube digestif et dans les organes génitaux de la femme. On a bien décrit des flux pareils pouvant se faire par les fosses nasales, ainsi que Morgagni en cite quelques exemples; mais cette affection, que quelques auteurs ont proposé de nommer *rhinorrhée*, n'est pas encore suffisamment connue. Dans l'étude des flux séreux intestinaux nous croyons devoir admettre deux variétés, qui sont : le *choléra asiatique* et l'*hydro-entérorrhée*.

DU CHOLÉRA ASIATIQUE.

Le choléra épidémique ou asiatique offre pour symptômes principaux : des vomissements et des selles de matières aqueuses blanchâtres semblables à de l'eau de riz, la suppression de la sécrétion urinaire, l'absence de pouls, le refroidissement presque glacial du corps, une couleur violacée des téguments, qui sont flasques et ridés, un amaigrissement rapide, des crampes très douloureuses dans les membres, une oppression parfois extrême.

Historique. — Je ne discuterai pas si le choléra asiatique est une affection nouvelle ou si c'est d'elle qu'il est parlé dans plusieurs passages des livres sanscrits. Quoi qu'il en soit, c'est une maladie connue depuis longtemps dans les Indes orientales, où elle est endémique. Plusieurs fois on l'a vu, franchissant ses limites naturelles, aller exercer ses ravages au loin. Mais le fait le plus extraordinaire est celui de cette épidémie meurtrière qui, commençant à Jessore, près des bouches du Gange, en 1817, a successivement envahi l'Asie, l'Afrique, l'Europe et l'Amérique, est venue sévir dans notre pays, qu'elle a parcouru de 1832 à 1836, et a franchi en quinze années plus de trois millions de lieues carrées. Cette redoutable maladie a été l'objet, dans notre pays, d'une foule de publications, parmi lesquelles se distinguent l'excellent Traité de MM. Gérardin et Gaimard, les Monographies de MM. Bouillaud et Gendrin, les recherches de MM. Magendie, Rayer et Piorry, l'article remarquable publié par un excellent observateur, M. Dalmas, dans le *Dictionnaire de médecine;* enfin, pour terminer, citons le rapport de M. Moreau de Jonnès, de la commission médicale du département de la Seine, et celui des professeurs Dubreuil et Rech, travaux qui ont été parfaitement analysés dans le tome II du *Compendium de médecine.*

Anatomie pathologique. — Les lésions qu'on trouve à l'ouverture des cadavres diffèrent suivant que les malades ont succombé dans la seconde période dite de *cyanose*, ou bien dans la troisième dite de *réaction.* Dans le premier cas, les cadavres perdent lentement leur chaleur; la teinte cyanosée de la face et des membres est conservée; l'œil est flétri; tout le corps est amaigri; les muscles, peu consistants, sont plus ou moins violacés, et cette coloration se retrouve dans la plupart des os spongieux, et jusqu'à la racine et à la moitié de la couronne des dents. La masse intestinale, rarement distendue par des gaz, offre souvent une coloration violacée, surtout dans les anses qui plongent dans l'excavation pelvienne. Le tube digestif ouvert, on le trouve pâle, décoloré par places; mais dans la plus grande partie de son étendue, il offre diverses nuances de colorations : ainsi il est rouge, lie de vin, noirâtre ou violacé; ses tuniques semblent épaissies; et les vaisseaux de la partie correspondante du

mésentère sont gorgés de sang. Ces diverses colorations ne peuvent être rapportées à un travail inflammatoire, mais uniquement à une stase sanguine. Si, en effet, on injecte de l'eau dans les artères mésentériques, on entraîne tout le sang qui engorge les parois intestinales, et on rend à celles-ci leur couleur d'un blanc grisâtre, qui leur est naturelle (Magendie). La membrane muqueuse a généralement sa couleur et sa consistance normales; mais elle présente dans toute l'étendue des voies digestives, depuis l'œsophage jusqu'au rectum, et spécialement à la fin de l'iléon, dans le cœcum et le colon, une éruption de petits corps durs et opaques, résistant à la pression, du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de chènevis ou de mil, impénétrables aux injections (Czermak et Hyrtl). On n'est pas d'accord sur la nature de ces corpuscules : les uns les considèrent comme des papilles intestinales tuméfiées, et n'en font point une lésion spéciale au choléra, puisqu'on la retrouve dans une foule d'états morbides et toutes les fois que l'exhalation intestinale est augmentée. D'autres personnes ont vu dans ces corpuscules une éruption spéciale, et en ont fait à tort le caractère anatomique de la maladie. On sait, par exemple, que MM. Serres et Nonat se sont fondés sur l'existence de cette lésion pour donner au choléra le nom de *psorentérie*.

Les intestins et l'estomac des cholériques contiennent en plus ou moins grande quantité un liquide d'une odeur fade, blanc, floconneux, qu'on a comparé à du petit-lait mal clarifié ou à une décoction de riz ou de gruau. La membrane muqueuse est en outre tapissée par une matière comme crémeuse, d'un blanc grisâtre. De nombreuses expériences chimiques ont prouvé que le liquide cholérique était identique, par sa composition, avec la sérosité du sang. Indépendamment de ce liquide, les intestins peuvent encore contenir de la bile jaune, verte, ou un liquide rougeâtre, sanguinolent. Les vaisseaux lymphatiques et biliaires sont exempts d'altération; le foie, d'un volume ordinaire, est gorgé d'un sang noir, diffluent; il en est de même des reins; la rate est en général petite, dure et noire; presque tous les autres tissus parenchymateux sont congestionnés et d'une couleur violacée particulière. Enfin, sur les parois de la vessie, revenue sur elle-même et vide d'urine, on voit parfois des flocons blanchâtres semblables à ceux que nous avons déjà rencontrés dans les voies digestives. Les poumons sont le plus souvent flasques, affaissés, à peine engoués; d'autres fois l'engouement sanguin est un peu plus considérable : on a trouvé aussi dans les bronches les corpuscules blanchâtres déjà signalés dans les intestins et la vessie. Le cœur est petit, flasque, friable, rempli d'un sang noir, poisseux, et qu'on a justement comparé à du raisiné mou ou de la gelée de groseilles mal cuite. Tout le système veineux, surtout au voisinage du cœur, est gorgé d'un sang ayant la même apparence et les mêmes qualités. On trouve ce liquide en petite quantité dans le cadavre. Il était, en effet, difficile, dans

l'épidémie de 1832, de pouvoir en recueillir plus de 250 à 312 grammes. Le plus grand nombre des micrographes ont vu que les globules du sang cholérique ne présentent aucune altération appréciable; au contraire les chimistes ont constaté une diminution dans la quantité normale de la fibrine, de l'albumine et des sels, tandis que la matière colorante était cinq fois plus considérable. Toutes les membranes séreuses du corps, et le péritoine surtout, sont privées de sérosité : elles sont luisantes, poisseuses. Nous les avons trouvées parfois complétement sèches, ridées, parcheminées. Le fluide céphalo-rachidien est peu diminué; les vaisseaux cérébraux et rachidiens sont plus ou moins gorgés de sang; la pulpe nerveuse est elle-même plus ou moins congestionnée. Enfin, les nerfs et leurs ganglions peuvent être imbibés de sang; mais ils sont toujours exempts de toute altération.

Lorsque les cholériques succombent dans la troisième période dite de réaction, les congestions veineuses sont moins nombreuses et moins intenses; on retrouve plutôt alors les caractères propres aux congestions actives et à l'inflammation. Ainsi le cerveau est sablé, les poumons sont parfois enflammés, hépatisés; le sang contenu dans les vaisseaux est plus rouge et contient d'autant plus de sérum que la mort est survenue à une époque plus éloignée de la réaction. Le liquide cholérique a disparu, les membranes séreuses sont humides; les corpuscules intestinaux sont peu ou point saillants, tandis que les follicules agminés sont parfois un peu boursouflés, mais sans présenter aucune des lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde; enfin la vessie contient de l'urine.

Symptômes, marche. — Le choléra asiatique débute parfois brusquement; le plus souvent il a des prodromes tels que malaise, faiblesse, perte d'appétit, soif, douleurs de ventre, borborygmes; diarrhée jaune, blanchâtre, muqueuse, fétide; accablement, insomnie, sueurs, défaillances, accélération ou lenteur du pouls; frissons vagues, irréguliers. C'est à l'ensemble de ces symptômes prodromiques que quelques personnes donnaient, en 1832, le nom de *cholérine* ou de première période. Ces accidents persistaient d'un à huit jours, et se terminaient par la guérison ou étaient remplacés par les symptômes propres au choléra. M. Magendie dit que quelques malades ont succombé après avoir présenté seulement les symptômes de la cholérine. La mort est arrivée alors par suite de l'anéantissement progressif des forces; toutefois les faits de ce genre ont été fort rares. Lorsque le choléra se déclare, la soif est vive; le ventre, rétracté, peu sonore, est le siége de coliques que la pression augmente souvent. Bientôt le malade rend par le vomissement les matières blanches, floconneuses et d'une odeur fade dont nous avons parlé précédemment; des évacuations alvines ont lieu simultanément. Les matières évacuées par l'anus, d'abord jaunâtres et fétides, finissent bientôt par être identiques à celles qui sont rejetées par la bouche. Ces éva-

cuations sont généralement répétées à de courts intervalles; bientôt le pouls s'accélère et s'élève rapidement à 120 ou 130 pulsations par minute; sa force diminue en proportion de sa fréquence; la respiration est pénible, anxieuse, accélérée; les malades accusent de la dyspnée, quoiqu'à la percussion et à l'auscultation on ne découvre aucun phénomène morbide. La voix s'affaiblit; il y a des vertiges, de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles; des crampes très douloureuses se font sentir dans les bras, dans les doigts et surtout dans les mollets, qui sont fermes et durs comme du bois; les forces sont alors prostrées à tel point que beaucoup de malades ne peuvent se tenir debout; leur figure exprime l'abattement et une souffrance extrême; les traits sont tirés, amaigris; les yeux sont caves, bordés de noir. Si ces accidents vont encore en s'aggravant, la peau du corps se refroidit, la face prend une teinte bleuâtre; la pulpe des doigts et des orteils devient violacée, surtout au pourtour des ongles, tandis que la peau de ces parties est ridée comme si elle avait longtemps macéré dans de l'eau tiède. Lorsqu'on pince la peau, elle conserve pendant longtemps le pli qu'on lui a donné; le corps entier est amaigri par suite de l'absorption du fluide séreux qui humecte le tissu cellulaire; la sécrétion urinaire est suspendue; toutes les exhalations naturelles ou accidentelles sont diminuées ou taries.

Dans un degré plus avancé et constituant la seconde période de la maladie, les membres et la face sont complétement cyanosés; la coloration cyanique peut même gagner presque toute la surface du corps; les yeux sont secs, ternes; la cornée est flétrie par suite de l'absorption d'une portion de l'humeur aqueuse; la peau est froide, sa température est parfois descendue à 14° Réaumur, ainsi que l'ont vu MM. Gérardin et Gaimard; elle est en même temps recouverte d'une sueur visqueuse et froide, de sorte qu'en la palpant on a la sensation que donne le toucher du nez du chien ou de la peau d'un batracien. La langue est bleuâtre et froide, la soif est vive, les vomissements sont en général plus rares que dans la période précédente; les selles, involontaires, sont souvent formées par un liquide rougeâtre et fétide; la voix est éteinte, l'haleine des malades est froide; l'air expiré contient parfois davantage d'oxygène que chez les sujets sains, comme cela résulte surtout des expériences de Davy; M. Rayer l'a également constaté dans la période du choléra dite *asphyxique*. La dyspnée, l'oppression augmentent; le pouls devient imperceptible; il en est parfois de même des battements du cœur; la circulation semble alors interrompue; on a pu en effet couper en travers une artère volumineuse sans qu'il s'en écoulât du sang. Si on ouvre une veine, ce n'est que par des pressions réitérées qu'on parvient à se procurer quelques cuillerées de sang noir, foncé, visqueux, se coagulant en masse; il ne s'en sépare pas ou à peine de sérum; il offre une température inférieure de 4 à 5° Réaumur au sang fourni par d'autres ma-

lades. Au milieu de symptômes si graves, auxquels se joint l'affaiblissement, l'obtusion de tous les sens, la perte de la sensibilité tactile, les facultés intellectuelles restent intactes ; il y a rarement du délire ; enfin la mort survient lentement ou tout-à coup Tels sont les accidents qui caractérisent cette seconde période du choléra grave à laquelle on a donné les noms d'*algide*, de *bleu*, de *cyanique* ou d'*asphyxique*, en raison du refroidissement du corps, de la couleur violacée de la peau et des phénomènes d'asphyxie qui prédominent.

Lorsque le malade ne succombe pas dans la période algide, la maladie change bientôt de physionomie : ainsi le froid disparaît peu à peu ; le pouls devient perceptible, puis reprend sa force et son volume ; la cyanose diminue, ainsi que l'amaigrissement ; la face se colore, les yeux s'injectent, la voix prend de la force, la sécrétion urinaire se rétablit ; enfin le sang reprend peu à peu ses qualités normales, et il contient d'autant plus de sérum qu'on s'éloigne davantage du début de la réaction. L'ensemble de ces phénomènes caractérise la période dite de *réaction du choléra*, à laquelle on voit immédiatement succéder la convalescence.

Cependant la réaction n'est pas toujours aussi franche : ainsi il est des malades chez lesquels elle est *incomplète*, c'est-à-dire qu'après s'être établie en partie elle est remplacée bientôt par de nouveaux symptômes algides qui emportent presque tous les sujets. Chez d'autres, la réaction se complique d'accidents typhoïdes : ainsi chez les uns la fièvre s'allume ; la langue devient sèche, rude, noire ; les dents s'encroûtent de fuliginosités ; la soif est vive ; les malades sont tourmentés par un hoquet continuel ; la face est hébétée, frappée de stupeur ; les malades tombent dans le coma ou un état de subdélirium ; il y a des roideurs, des contractures, des soubresauts de tendons ; enfin au bout de cinq, six, huit ou dix jours au plus, la mort survient. Quelques malades pourtant guérissent ; mais leur rétablissement est lent et très difficile. Pendant la réaction, les évacuations intestinales, ainsi que les vomissements, ont cessé. Cependant il arrive parfois que ces derniers persistent, alternent avec le hoquet, et tourmentent beaucoup les malades ; ils s'accompagnent alors de douleurs cardiaques, de beaucoup d'anxiété, et finissent souvent par amener la mort. Enfin c'est encore pendant la réaction que surviennent la plupart des complications, telles que des congestions ou des inflammations, spécialement du côté des méninges, du cerveau et des poumons, ainsi que diverses éruptions cutanées (rougeole, scarlatine, roséole, urticaire). On a observé quelquefois des parotides.

Les symptômes précédents ne se succèdent pourtant pas toujours dans l'ordre que je viens d'indiquer : ainsi on a vu assez souvent, en 1832, la maladie débuter brusquement par les symptômes les plus

graves qui caractérisent l'état algide : on disait alors que le choléra était *foudroyant;* chez d'autres, la maladie présentait les symptômes ordinaires, à l'exception des vomissements et des selles qui manquaient, quoique du fluide cholérique eût été exhalé en abondance dans les intestins, comme l'inspection cadavérique le démontrait.

Durée. — Ainsi le choléra a une marche plus ou moins rapide ; il peut tuer en quelques heures ; mais sa durée moyenne est d'environ soixante heures ; assez souvent la vie se prolonge pendant un septénaire, mais rarement au-delà du douzième jour. Toutes choses égales d'ailleurs, on a trouvé que la durée de la maladie est en raison directe des forces des malades.

La convalescence est plus ou moins rapide ; en général elle est lente et exige beaucoup de soins, car des rechutes ont quelquefois lieu ; d'autres malades conservent pendant un temps plus ou moins long de la dyspepsie, divers troubles permanents des organes digestifs, ou ne se manifestant qu'à des intervalles plus ou moins rapprochés.

Diagnostic. — En ayant égard à la nature des vomissements et des selles, au refroidissement, à l'anéantissement du pouls, à la coloration bleuâtre ou cyanique, aux crampes, à la suppression d'urine, il est impossible qu'on confonde le choléra épidémique avec aucune autre affection connue.

Pronostic. — Le choléra asiatique est une maladie très grave, et qui a exercé de grands ravages partout où elle a sévi, puisqu'elle a communément fait périr la moitié de ceux qu'elle a atteints. Elle a paru plus fâcheuse aux deux extrêmes de la vie, et a été plus meurtrière chez l'homme que chez la femme. Les accidents ont toujours été plus graves au début de l'épidémie que vers son déclin. Lorsque les malades deviennent froids, cyanosés et sans pouls, le péril est grand. Une réaction qui n'est pas très intense, qui est complète et qui se soutient, doit faire espérer une heureuse terminaison.

Etiologie.—Le choléra dont nous parlons est endémique dans l'Inde ; ce n'est qu'accidentellement qu'on le voit en Europe. Cependant, depuis l'épidémie de 1832, il n'est pas d'année où nous n'en ayons rencontré plusieurs cas, généralement bénins, ce qui nous porterait à penser que le choléra asiatique est désormais une affection définitivement importée dans notre continent.

Pour expliquer la marche et les progrès de cette maladie, on a invoqué toutes les causes occultes par lesquelles on a prétendu expliquer de tout temps l'apparition des maladies épidémiques. Il est inutile de les énumérer. La contagion, par laquelle quelques personnes ont voulu expliquer la marche et la propagation de la maladie, a compté peu de partisans, surtout en France, car la plupart des faits que nous avons recueillis étaient à Paris entièrement opposés à cette doctrine. Il

est inutile de discuter plus longtemps la cause première du choléra; nous dirons pourtant qu'en considérant que la maladie a sévi dans les pays les plus divers, au milieu des conditions hygiéniques les plus opposées, il est rationnel de supposer l'existence d'une cause spécifique probablement répandue dans l'atmosphère; mais nous ne pouvons avoir à ce sujet aucune démonstration. Quoi qu'il en soit, on a vu l'influence épidémique s'exercer non seulement sur l'homme, mais encore sur plusieurs classes d'animaux, spécialement chez les bêtes à cornes, les volailles et même les poissons. En général le choléra n'a pas envahi brusquement un pays; mais il y a été le plus souvent précédé de divers états morbides régnant épidémiquement, tels que fièvres intermittentes, dysenteries, diarrhées ou embarras gastriques.

Enfin, pendant le règne de la dernière épidémie, on a noté que certaines causes prédisposaient davantage à la maladie, et que d'autres pouvaient en provoquer le développement. Parmi les premières, on a surtout cité l'encombrement et le non-renouvellement de l'air (Piorry), l'habitation des lieux humides, l'âge adulte, le sexe féminin, la misère, les privations, les excès, les travaux rudes, les peines morales. Les causes occasionnelles qui ont paru agir le plus souvent sont les refroidissements, les excès, les indigestions, etc.

Traitement. — On a préconisé contre le choléra presque tous les agents dont la thérapeutique dispose. Tout le monde avait voulu d'abord trouver un spécifique; cependant l'expérience a prouvé qu'on ne pouvait opposer au choléra une méthode uniforme de traitement, et que celui-ci devait varier suivant une foule de circonstances, et surtout d'après l'état symptomatique. Ainsi dans les prodromes, lorsqu'il existe cet ensemble de symptômes auquel on a donné le nom de cholérine, il faut prescrire le repos au lit et la diète, l'usage de lavements mucilagineux, de boissons gommées ou légèrement aromatiques, mais surtout l'emploi de l'opium, que l'on administre par la bouche ou en lavement. Les pédiluves ou les cataplasmes sinapisés sont utiles pour diminuer la céphalalgie. Enfin, lorsque le pouls offre de la résistance, la peau une chaleur fébrile, lorsque le ventre est le siége de coliques, on doit retirer une certaine quantité de sang par la saignée du bras, et mieux encore par l'application d'un certain nombre de sangsues. Si au contraire il y a beaucoup d'affaissement, si le pouls est faible, il faut insister davantage sur les boissons un peu aromatiques, donner aussi quelques antispasmodiques, et spécialement le sirop d'éther. Les moyens précédents conviennent aussi en général dans la seconde période de la maladie, pendant laquelle quelques personnes ont préconisé l'ipécacuanha et les purgatifs salins, dans le but surtout de modérer les évacuations. Le vomitif a généralement produit d'assez bons résultats dans l'épidémie de 1832; les purgatifs salins ont été d'un emploi moins fréquent, du moins

en France : aussi leur action n'a pas encore été suffisamment appréciée.

Dans cette même période, lorsque les évacuations sont abondantes et les accidents nerveux prédominants, lorsqu'enfin le pouls devient presque imperceptible, et que le sang stagne à la périphérie du corps ainsi que dans les parenchymes, il faut se hâter de donner des boissons stimulantes telles que les infusions chaudes de camomille, d'arnica, de café, de menthe, de thé, les vins alcooliques et même l'eau-de-vie; on excite la circulation et la calorification par les frictions sèches et irritantes, et mieux encore par l'application permanente de sinapismes, et d'une chaleur artificielle à l'aide de boules, de briques chaudes ou de sachets de sable. Les émissions sanguines sont alors presque toujours nuisibles. D'ailleurs, le plus souvent il serait impossible de retirer du sang en raison de la coagulation de ce liquide dans les vaisseaux.

L'énergie de ces moyens doit diminuer au fur et à mesure que la réaction survient. Lorsque celle-ci est complète et modérée, on doit se borner à prescrire au malade des boissons douces acidulées, tempérantes: si la réaction est incomplète, si un peu de cyanose persiste, on insistera sur le traitement stimulant et tonique; lorsqu'au contraire la réaction est trop vive, il faut la modérer par l'emploi des antiphlogistiques, par la saignée générale ou locale; mais il faut n'employer ces moyens qu'avec la plus grande prudence et avec beaucoup de réserve. Le régime antiphlogistique combiné avec les révulsifs et les vésicants convient encore dans la première période de la réaction typhoïde; mais lorsque les symptômes adynamiques prédominent, il faut revenir encore à l'emploi des toniques, et surtout du quinquina.

Il n'existe aucun moyen prophylacique contre le choléra; les lazarets et les quarantaines ont été aussi inutiles que les fumigations de chlore, et que l'emploi du camphre, des aromatiques, des désinfectants, etc.

Nature. — Il est inutile de discuter ici la valeur de toutes les opinions qu'on a émises sur la nature du choléra asiatique. On l'a considéré comme une irritation ou une inflammation gastro-intestinale, opinion que l'ouverture des cadavres ne confirme pas. D'autres y ont vu une asphyxie, un empoisonnement, une fièvre algide, une altération de l'innervation générale ou du système du grand sympathique. Mais ce sont là tout autant d'hypothèses, et dans l'impossibilité où nous sommes de pénétrer la nature intime de la maladie, nous devons, pour la classer convenablement dans le cadre nosologique, avoir surtout égard au symptôme prédominant, c'est-à-dire à l'exhalation intestinale : voilà pourquoi nous avons rangé le choléra asiatique dans la classe des sécrétions morbides.

DE L'HYDRO-ENTÉRORRHÉE.

Un flux de liquide transparent complétement aqueux et sans mélange de bile ou de mucosités peut s'effectuer par l'anus. Ainsi chacun sait que Morgagni, voyageant en poste pour aller visiter un cardinal malade, éprouva des déjections formées par un liquide presque limpide. Des faits semblables ont été rapportés par Mar. Donatus, Car. Piso et Poterius. Il y a peu d'années, un des médecins les plus recommandables de l'Hôtel-Dieu de Paris, dont je m'honore d'être l'élève, a éprouvé, à la suite d'une commotion violente occasionée par une chute, l'accident que Morgagni avait observé sur lui-même. Dans tous ces cas la maladie eut une durée courte, excepté pourtant chez le médecin de l'Hôtel-Dieu, qui éprouva l'évacuation séreuse à diverses reprises pendant plusieurs mois consécutifs. La quantité du liquide évacué fut plus ou moins considérable : Morgagni en rejeta 8 kilogrammes en douze heures; chez le malade de Poterius la quantité s'éleva à 20 kilogrammes dans l'espace seulement de vingt-quatre heures. Cette excrétion ne s'accompagnait presque d'aucune douleur de ventre; parfois même, comme je l'ai vu chez le médecin de l'Hôtel-Dieu, il n'y eut aucune espèce de souffrance; mais les malades furent tous très affaiblis, et Morgagni rapporte qu'il devint aussi maigre qu'il l'eût été après une longue et grande maladie; chez tous cette faiblesse a persisté, en général, pendant un temps assez long.

Il est impossible de déterminer quel est l'organe qui a sécrété le liquide. Quelques personnes ont cru que c'était le pancréas; mais rien jusqu'à présent ne peut justifier cette opinion, et il n'est aucune raison plausible qui puisse faire attribuer les flux séreux plutôt au pancréas qu'à l'appareil folliculaire du canal intestinal.

On peut rapprocher des cas précédents certains flux séreux des organes digestifs qui ont jugé plusieurs hydropisies. C'est ainsi qu'on a vu des individus débarrassés d'anasarque après avoir éprouvé des vomissements abondants et des déjections d'une sérosité claire, citrine, onctueuse : évidemment il y a eu métastase, et tout porte à penser que le fluide résorbé a été exhalé par la muqueuse gastro-intestinale. Enfin, les auteurs parlent encore de quelques autres flux séreux sur la nature desquels nous ne possédons aucuns renseignements précis, et dont l'existence est tout au moins problématique. Telles sont, par exemple, ces diarrhées que l'on a dit être produites par l'urine, le lait ou une matière graisseuse.

On n'est pas encore fixé sur le mode de traitement qu'il convient d'adopter contre les flux séreux des organes digestifs. Il en est qu'il faut respecter; tels sont ceux qui jugent une maladie grave, telle qu'une

hydropisie. Quant au flux séreux dont Morgagni fut lui-même affecté, nous croyons que lorsqu'il a lieu exclusivement par l'anus, l'ipécacuanha peut le diminuer ou le suspendre ; dans le cas contraire, un purgatif pourrait avoir le même effet. Quand les flux se sont effectués à la fois par haut et par bas, les évacuants sont nuisibles : il paraît que dans ce cas on a retiré de bons effets des cordiaux et des calmants à l'intérieur, en même temps que des révulsifs étaient promenés à la surface du corps.

EXHALATIONS SÉREUSES DANS LES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME.

Les organes génitaux de la femme sont parfois le siége d'une exhalation séreuse qui peut s'effectuer dans l'état de vacuité de l'organe, ou pendant la grossesse ; dans l'un et l'autre cas, on voit tantôt le fluide séreux être évacué au dehors, ou être retenu dans la cavité utérine. Les exemples de flux aqueux par les organes sexuels de la femme sont excessivement rares. Fernel, Beaudelocque et plusieurs autres ont cité néanmoins des faits prouvant que des femmes ont pu pendant plusieurs années consécutives rendre, vers chaque époque menstruelle, quelques litres d'un fluide aqueux, sans qu'il en résultât aucun dérangement grave de la santé : tout au plus si les malades accusaient alors un léger malaise et un sentiment de chaleur et de cuisson vers les parties sexuelles, sans changement notable dans la forme et le volume de l'utérus ; ce qui exclut l'idée qu'avait Désormeaux, que les liquides étaient accumulés et retenus quelque temps dans l'utérus avant d'être excrétés, comme dans la maladie que nous décrirons bientôt sous le nom d'*hydromètre*.

Il faut rapprocher de la maladie précédente le flux aqueux qu'on observe chez quelques femmes grosses, surtout dans les derniers temps de la gestation : c'est ce que les accoucheurs désignent sous les noms d'*hydrorrhée* ou de *fausses eaux*. Le liquide s'échappe goutte à goutte ou par flots, sans souffrance pour les malades, et indépendamment de toute contraction utérine. L'écoulement se fait souvent pendant le repos de la nuit ; cependant, règle générale, les mouvements du corps et les émotions le provoquent ou l'excitent ; le plus souvent aussi ce flux n'exerce aucune influence fâcheuse sur la grossesse. Les auteurs ont fait beaucoup de suppositions pour expliquer l'origine des fausses eaux ; les uns ont cru qu'elles provenaient de l'allantoïde ou d'une hydatide, les autres de la cavité de l'amnios, soit que les membranes se fussent déchirées, soit seulement que le liquide eût filtré à travers elles. Cependant Nægele a émis une opinion qui nous paraît devoir être adoptée ; cet

illustre accoucheur pense que le liquide est exhalé par la face interne de l'utérus, et qu'il s'accumule pendant quelque temps entre elle et les membranes décollées ; puis la quantité de l'épanchement augmentant, les membranes sont décollées jusqu'au col utérin, à travers lequel le liquide s'écoule. Lorsque cet accident a lieu, on conseillera le repos dans la position horizontale.

Le plus fréquemment le liquide séreux, exhalé dans l'utérus surtout pendant l'état de vacuité, avant d'être évacué au dehors, est retenu pendant un temps plus ou moins long dans l'intérieur de l'organe, qui augmente de volume et se distend. C'est à cette accumulation de sérosité qu'on a donné les noms d'*hydromètre*, d'*hydrométrie*, d'*ascite* ou d'*hydropisie de l'utérus*. Nous n'en distinguerons que deux espèces, suivant que cette accumulation s'opère dans un utérus vide ou pendant la grossesse. Nous ne parlerons donc point ici de l'hydromètre *hydatique* d'Astruc et de Sauvages, car c'est une maladie essentiellement distincte de celle dont il s'agit ici, puisqu'elle est constituée par la présence d'une ou plusieurs hydatides dans la cavité de l'organe. (Voir dans le t. II l'histoire des hydatides.) Enfin, à l'exemple de M. P. Dubois, nous n'admettons pas l'*hydromètre celluleuse* de J.-P. Frank, dans laquelle le liquide serait épanché dans les parois utérines, opinion que cet illustre médecin n'a appuyée que sur un fait incomplet, et qui nous paraît être plutôt un cas de kyste hydatique développé dans l'épaisseur des parois ou dans la cavité de l'utérus.

1° *Hydromètre hors l'état de grossesse. — Symptômes et marche.* — Pour que de la sérosité s'accumule dans la cavité de l'utérus hors l'état de grossesse, il faut le concours de deux circonstances, savoir : l'occlusion de l'orifice utérin et une augmentation de la sécrétion utérine. Le col de l'utérus peut cesser d'être perméable par suite d'une inflammation adhésive ou de l'engorgement et de la dégénérescence squirrheuse de ses parois, de leur compression par une tumeur extérieure; ou bien encore l'orifice peut être bouché par une membrane, par un polype, par un caillot fibrineux, par du mucus épais, tenace, etc. On a aussi admis qu'un resserrement spasmodique du col pouvait produire le même effet; mais rien ne justifie cette opinion, qui, d'ailleurs, est très peu probable. Quoi qu'il en soit, lorsque les conditions organiques que je viens d'indiquer existent, si la face interne de l'utérus devient le siége d'une exhalation séreuse ou séro-muqueuse, une sorte d'hydropisie a lieu. Mais, jusqu'à présent, il a été impossible de découvrir quelles sont les causes qui favorisent ou déterminent cette supersécrétion.

Symptômes. — Ainsi, quand une certaine quantité de liquide s'accumule dans l'utérus, celui-ci offre un volume proportionné à l'abondance de l'épanchement; l'hypogastre est saillant, de la pesanteur et des tiraillements se font sentir aux aines et vers les reins. En palpant l'abdomen

on sent une tumeur plus ou moins volumineuse située sur la ligne médiane; elle est entièrement mate et fluctuante. Le doigt, introduit dans le vagin, et porté jusque sur le museau de tanche, imprime des mouvements à la tumeur, et il est facile de s'assurer que celle-ci est formée par le corps même de l'utérus. Les règles sont généralement supprimées, surtout si la maladie est ancienne. Lorsque celle-ci ne se rattache à aucune lésion organique grave, les femmes peuvent conserver leur embonpoint et leurs forces; elles n'éprouvent d'autres incommodités que celles qui résultent d'une augmentation dans le volume du ventre produit par une tumeur qui en comprimant les vaisseaux du bassin peut finir par amener l'infiltration séreuse des membres inférieurs. Après un temps plus ou moins long le liquide peut s'écouler au-dehors, tantôt peu à peu, d'autres fois brusquement. Il est rare qu'il soit complétement séreux; le plus souvent, en effet, il est mêlé à des mucosités et à des caillots fibrineux, ou du moins il est plus ou moins coloré par du sang. Cependant nous n'avons encore à ce sujet que des renseignements peu précis. Enfin, le liquide une fois évacué, l'utérus revient peu à peu à son volume normal. Une guérison radicale peut alors avoir lieu, à moins que la cause première ne persiste; dans ce cas, la maladie récidive.

Diagnostic.—L'hydromètre pourrait être confondue avec la grossesse, les tumeurs solides de l'utérus, la physométrie, les kystes des ovaires, avec l'ascite et la distension de la vessie. L'ampliation de l'utérus par de la sérosité peut s'accompagner de la suppression des règles, d'un bruit de souffle abdominal à cause de la compression exercée sur les vaisseaux, d'une augmentation dans le volume des seins, et de quelques phénomènes sympathiques qui pourraient simuler la grossesse. Cependant on ne distingue pas, comme dans celle-ci, ni le ballottement ni les battements du cœur du fœtus; enfin on reconnaît de la fluctuation, ce qui n'a pas lieu dans l'état de grossesse simple. Les tumeurs squirrheuses ou fibreuses étant dures, bosselées et très pesantes, ne pourront jamais être prises pour une hydromètre. Nous verrons, plus tard, qu'il est facile de distinguer la maladie de la physométrie et des kystes de l'ovaire. Le diagnostic différentiel de l'ascite et de l'hydromètre ne présente aucune difficulté; car, dans la première, la fluctuation est superficielle, tandis qu'elle est profonde dans l'autre. On peut déplacer la matité dans l'ascite, tandis qu'il est impossible de le faire dans l'hydropisie de l'utérus; la forme de la tumeur, sa situation près la ligne médiane et les résultats du toucher par le vagin et le rectum, permettront d'établir la véritable nature de la maladie. Enfin, c'est par les mêmes éléments de diagnostic qu'on distingue aisément l'hydromètre d'une tumeur de la vessie. Le diagnostic de l'affection une fois établi, il faut encore rechercher par l'étude des antécédents, et surtout à l'aide du toucher et du

spéculum, si l'hydromètre se lie à quelque lésion organique. Cette connaissance importe beaucoup pour le pronostic et pour la thérapeutique.

Pronostic. — Le pronostic est favorable si l'utérus est sain. Il est grave si l'hydromètre est symptomatique d'une lésion organique.

Traitement. — Tout le traitement consiste à évacuer directement le liquide. Pour cela, on conseille les injections et les bains pour ramollir le col; puis on introduira dans celui-ci un morceau d'éponge sèche qui, en s'imbibant, dilatera l'orifice. Il suffit aussi parfois d'une forte pression sur l'utérus ou d'une secousse violente, telle que celle que des vomissements produisent, pour amener l'écoulement rapide du liquide épanché. On a encore conseillé d'introduire sans efforts une sonde, un stylet, pour déplacer une tumeur ou vaincre un obstacle peu résistant. Enfin, dans les cas extrêmes, on a dit d'inciser ou de ponctionner le col; mais l'expérience n'a pas encore prononcé sur l'utilité de ce moyen. Quoi qu'il en soit, le liquide étant évacué, on cherchera à empêcher une nouvelle exhalation, en comprimant le ventre et en excitant d'autres sécrétions.

2° *Hydromètre pendant la grossesse.* — Cette espèce d'hydromètre est constituée par une augmentation plus considérable que de coutume du fluide amniotique. On ignore absolument les causes qui produisent cette supersécrétion; toutefois, dans quelques cas, elle a paru être le résultat de la pléthore sanguine. Rare avant le cinquième mois, on l'a surtout observée dans les grossesses doubles. La maladie est caractérisée par le volume insolite de l'utérus, qui au cinquième mois de la grossesse peut être aussi distendu qu'au neuvième; on l'a vu alors contenir jusqu'à 50 litres de liquide, en tout semblable à l'eau de l'amnios. Cependant cette distension extrême de l'utérus a souvent pour effet de provoquer l'avortement; d'autres fois la grossesse arrive à terme, mais le fœtus naît faible, chétif; enfin beaucoup d'enfants meurent dans l'utérus, et sont expulsés plus ou moins longtemps après. L'hydropisie de l'amnios n'a guère d'effets fâcheux que pour le fœtus.

L'art est à peu près impuissant contre cette maladie. Lorsque, la distension de l'utérus étant considérable, les femmes éprouvent une grave anxiété, lorsque les digestions et l'hématose sont troublées ou empêchées par la compression et le refoulement vers la poitrine de l'estomac et du diaphragme, il devient urgent d'évacuer les eaux de l'amnios. Pour cela, on ponctionnera la poche amniotique par le vagin, et à travers le col, ce qui est sans contredit préférable à la ponction faite entre l'ombilic et le pubis, conseillée par Camper et par Scarpa.

TROISIÈME GENRE DE SÉCRÉTIONS MORBIDES.

DES SÉCRÉTIONS MUQUEUSES.

Le fluide sécrété par les membranes muqueuses peut être exhalé en plus grande abondance, et c'est à cet accroissement de la sécrétion muqueuse que les anciens ont donné le nom de *catarrhe*.

Ce mot n'a exprimé, pendant plusieurs siècles, qu'une idée hypothétique et vraiment absurde. Les médecins grecs et leurs successeurs supposaient, en effet, qu'une matière morbide exhalée dans la tête se dirigeait ensuite vers une muqueuse ; cependant, depuis F. Hoffmann, les flux muqueux ont été étudiés et interprétés d'une manière plus rationnelle. Ainsi ce médecin regardait ces sécrétions morbides comme se rattachant à une lésion spéciale de la muqueuse, ou comme étant l'effet, la conséquence d'une altération des fluides ; enfin la généralité des pathologistes modernes les ont décrites comme étant une affection primitive de l'organe sécréteur lui-même. Mais on a cessé d'être d'accord lorsqu'il s'est agi de déterminer la nature de la maladie. Pour les uns le mot catarrhe ne signifie autre chose qu'une inflammation aiguë ou chronique d'une membrane muqueuse, tandis que d'autres l'ont réservé pour désigner un flux muqueux survenant indépendamment de tout travail inflammatoire appréciable. C'est le sens que nous lui attachons. Dans l'état actuel de la science, le mot catarrhe doit donc donner l'idée d'une augmentation accidentelle dans la sécrétion des follicules muqueux, sans que ceux-ci soient actuellement le siége d'un travail inflammatoire.

Les anciens pyrétologistes avaient invoqué cette altération de la sécrétion muqueuse comme constituant le caractère essentiel de certains états fébriles distincts ; telles étaient les fièvres catarrhale, muqueuse, pituiteuse. Dans la première il existait une affection bornée à la membrane pituitaire et aux bronches, tandis que, dans les autres, l'altération occupait en outre la muqueuse des organes digestifs. Cependant, si on consulte les principales relations d'épidémies qui nous ont été transmises, on voit que, sous les noms de fièvre catarrhale, muqueuse ou pituiteuse, les médecins avaient bien moins décrit une maladie spéciale, que des maladies diverses régnant sous une même constitution épidémique. D'ailleurs, si dans la fièvre catarrhale simple il existait une altération manifestement inflammatoire de plusieurs muqueuses, et spécialement de celle des yeux, du nez, de la gorge et des voies aériennes, l'affection des muqueuses était bien moins évidente, et le plus souvent même elle était contestable dans les fièvres dites muqueuses ou pituiteuses, ou bien si elle existait, elle n'était qu'un épiphénomène d'un état général. En effet, les formes graves de ces prétendues fièvres ca-

tarrhales appartiennent manifestement à notre affection typhoïde. Enfin il est bien certain, comme l'a dit avec raison M. Littré, que, dans un grand nombre de cas, une maladie a été dite catarrhale, non en raison des symptômes qu'on observe du côté des membranes muqueuses, mais d'après la considération d'une cause tout hypothétique, dite catarrhale, dont on admettait l'existence.

Les catarrhes, surtout quand ils sont chroniques, sont le plus souvent primitifs; mais quelquefois ils succèdent manifestement à une inflammation aiguë qui s'est éteinte et a laissé après elle, dans la muqueuse, une exagération de la sécrétion naturelle du tissu, une sorte d'habitude morbide. Le catarrhe est caractérisé par l'écoulement plus ou moins abondant d'un liquide incolore, filant, visqueux ou bien floconneux, qui, à mesure que la maladie est plus ancienne, devient plus épais, jaunâtre, verdâtre, puis opaque, et prend enfin un aspect purulent dans certaines circonstances, lorsque, par exemple, quelque altération grave de structure est survenue dans le tissu, ou lorsque celui-ci est seulement enflammé. L'odeur du fluide exhalé est fade, rarement fétide; celui-ci est le plus souvent alcalin, parfois il est acide. Vu au microscope, il est tantôt homogène, tantôt il se compose de globules tout-à-fait semblables à ceux du pus; de là la difficulté et même l'impossibilité de différencier ces deux espèces de liquides. Les flux muqueux s'accompagnent de troubles variables, suivant la muqueuse affectée, suivant l'abondance de l'écoulement, son ancienneté et sa durée. La sécrétion muqueuse ne détermine souvent aucune douleur; d'autres fois l'organe exhalant est le siége d'un peu de chaleur et de prurit; mais on n'observe presque jamais de symptômes de réaction, ou du moins, quand il en existe, ils sont très faibles et tout-à-fait éphémères. Lorsque l'écoulement est ancien et considérable, on voit ces individus pâlir, tomber dans un état de langueur; les chairs sont flasques; la peau se décolore; les digestions se troublent; la fièvre hectique s'allume quelquefois; enfin les malades peuvent succomber par épuisement.

Les flux muqueux ont une marche très irrégulière : on observe souvent des exacerbations que rien n'explique, ou dont on trouve la raison dans un refroidissement du corps ou dans un abaissement de la température, surtout si elle est en même temps humide : aussi les catarrhes s'aggravent-ils pendant l'automne et l'hiver, tandis que les saisons et les climats chauds les diminuent généralement, ou quelquefois même les font cesser tout-à-fait.

Les flux muqueux ont une durée variable : ils persistent rarement moins d'un septénaire; ils sont sujets à récidiver, et finissent par passer à l'état chronique; leur durée est alors indéterminée. Beaucoup d'entre eux sont compatibles avec un état de santé parfaite; ils finissent par devenir tout-à-fait constitutionnels, et forment alors une sorte d'émonc-

toire qu'il faut surveiller, et dont la suppression trop brusque pourrait parfois entraîner de graves accidents.

L'absence de douleur vive et de fièvre, le début souvent brusque de la sécrétion muqueuse, ou du moins les variations presque instantanées qu'elle présente, sont tout autant de caractères qui distinguent les flux muqueux des inflammations des membranes muqueuses. Ajoutons à cela que lorsque la sécrétion n'est pas excessive, les catarrhes sont généralement compatibles avec la santé; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que plusieurs troublent à peine, ou même ne troublent pas les fonctions de l'organe qui en est le siége; nous avons vu qu'il n'en était pas de même de l'inflammation. L'affection catarrhale n'est pas pourtant toujours simple : quelquefois, en effet, elle est symptomatique, ou du moins elle coexiste avec quelque grave altération de texture. On soupçonnera une pareille complication lorsque l'amaigrissement n'est en rapport ni avec l'ancienneté ni avec l'abondance de l'écoulement; lorsqu'il existe des douleurs vives, ou bien encore lorsque le mucus sort mélangé à du sang noirâtre; lorsqu'il est opaque, ou qu'on aperçoit à sa surface des stries étroites, irrégulières et opaques, qui paraissent produites par de la matière purulente. La distinction du pus et du mucus n'est pourtant pas chose toujours facile. Si le mucus est filant, transparent, non miscible à l'eau, on ne pourra certainement pas le confondre avec du pus blanc, opaque, formant émulsion avec l'eau, et se précipitant par le repos; mais les cas embarrassants sont ceux où la membrane muqueuse exhale un fluide qui a la consistance du mucus et la couleur du pus. Pour résoudre ce problème, on a proposé l'inspection microscopique et une foule d'expériences chimiques; mais nous avons vu que si quelque mucus, comme celui de l'utérus, est homogène et dépourvu de globules, tous les autres contiennent des globules identiques à ceux du pus, sauf qu'ils sont un peu moins nombreux. Les expériences chimiques n'ont fourni non plus, jusqu'à présent, que des données très incertaines. D'ailleurs, comme le dit avec beaucoup de raison le professeur Pierre Bérard, ces recherches n'offrent aucune utilité, car on peut, à la simple inspection, dire si le mucus est mélangé ou non à du pus. Si, en effet, une muqueuse fournit un liquide ayant encore une certaine viscosité; si, sans être diffluent, comme le pus, il donne néanmoins à l'eau à laquelle on le mêle une couleur blanc-jaunâtre; si on y reconnaît un plus grand nombre de globules qu'il n'y en a normalement dans le mucus, il faut en conclure que le fluide qu'on examine est un mélange de pus et de mucus. A ce sujet, rappelons encore ici ce que nous avons dit ailleurs : que la présence du pus n'indique pas nécessairement ni même ordinairement, comme on l'a cru pendant longtemps, que la membrane muqueuse est le siége d'une solution de continuité; il faut seulement en conclure que le tissu est très probablement enflammé.

Le pronostic des affections catarrhales est plus ou moins grave suivant l'intensité, la durée, l'abondance de la sécrétion muqueuse, son siége et ses complications.

Les affections catarrhales atteignent surtout les individus d'une constitution molle, lymphatique, les femmes et les enfants, les sujets débilités par les maladies, les excès, le régime. L'âge a une grande influence sur le siége de la maladie : ainsi, dans l'enfance, on observe surtout les catarrhes du nez, des yeux et des intestins; chez l'adulte, on voit le catarrhe de l'estomac; le vieillard est surtout sujet au catarrhe de la vessie et des bronches. Enfin, chez la femme, il n'est aucune membrane muqueuse qui soit plus souvent affectée de catarrhe que celle du vagin et de l'utérus.

Il est rare que, même au début, les catarrhes s'accompagnent d'une réaction fébrile suffisante pour nécessiter l'emploi des antiphlogistiques. Dans ces cas une médication simplement émolliente suffit; cependant, pour peu que l'écoulement se prolonge, il faut recourir aux ferrugineux, aux amers, aux aromatiques, aux balsamiques, aux résineux, donnés à l'intérieur en lotions, en injections ou en fumigations; enfin, quand l'état des parties le permet, on doit modifier les surfaces par la cautérisation.

Nous ne comptons point, surtout après les généralités qui précèdent, poursuivre l'étude des flux muqueux dans toutes les membranes qui peuvent les fournir : ainsi nous ne dirons rien de la *rhinorrhée*, qui offre la plus grande ressemblance avec le coryza chronique, sauf qu'avec la sécrétion abondante de mucosités il n'existe aucun signe d'inflammation vers la muqueuse de Schneider. Nous omettrons aussi à dessein de parler de la *blennorrhée* ou flux urétral, car nous en traiterons dans le tome suivant à l'occasion des blennorrhagies. Les seuls flux muqueux dont nous croyons devoir nous occuper ici, parce qu'ils sont les plus importants, sont : la *bronchorrhée*, la *gastrorrhée*, la *diarrhée muqueuse*, la *leucorrhée* et le *catarrhe vésical*.

DE LA BRONCHORRHÉE.

Synonymie. — Catarrhe pituiteux, phlegmorrhagie pulmonaire, flux bronchique.

La bronchorrhée est une maladie caractérisée par l'expectoration d'une quantité considérable de mucus incolore, filant, transparent, mêlé à des bulles d'air et semblable à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau : cette sécrétion se fait indépendamment de tout travail inflammatoire.

Historique. — Nous devons à Laënnec les premières notions que nous ayons eues sur la bronchorrhée, qu'il a décrite sous les noms de catarrhe *pituiteux* et de *phlegmorrhagie pulmonaire*. Bientôt M. Andral

publia dans *sa Clinique* quelques remarques importantes sur la même affection; cependant ce fut M. Roche qui, riche de faits qu'il avait recueillis, et profitant des travaux de ses devanciers, a tracé une histoire assez complète de la maladie, qu'il a, avec raison, séparée de la bronchite. Tous ces travaux, auxquels il faut joindre celui de Copland, publié en Angleterre, ont été parfaitement jugés et analysés par les auteurs du *Compendium de médecine.*

Divisions.—La bronchorrhée existe à l'état aigu ou à l'état chronique; cette division est la seule qu'on puisse raisonnablement admettre dans l'étude de cette affection; elle est, d'ailleurs, adoptée par MM. Roche, Andral, G. Copland, Delaberge et Monneret.

Anatomie pathologique. — On a très rarement l'occasion d'examiner quel est l'état des bronches dans la maladie dont je traite. Laënnec a prétendu que les caractères anatomiques de cette affection consistaient dans un gonflement médiocre de la muqueuse pulmonaire, qui lui a *semblé* légèrement ramollie, et ne lui a présenté qu'une rougeur légère, seulement disséminée çà et là. Sous ce rapport, ajoute Laënnec, l'affection dont il s'agit semble être sur la limite qui sépare les congestions séreuses des congestions sanguines, et appartenir plutôt aux premières qu'aux dernières. Les renseignements que donne ici Laënnec sont, comme on le voit, peu précis. M. Andral, ayant eu occasion d'ouvrir plusieurs individus emportés dans le cours d'une bronchorrhée, a trouvé la membrane muqueuse pâle dans toute son étendue; c'est ce que j'ai observé moi-même une fois; la muqueuse bronchique, entièrement pâle, avait aussi son épaisseur et sa consistance normales. Ces faits nous autorisent donc à considérer la bronchorrhée comme une affection essentiellement distincte de la bronchite aiguë ou chronique, opinion qui sera en outre confirmée par les symptômes aussi bien que par la marche de la maladie.

Symptômes.—Les symptômes et la marche de la bronchorrhée, ainsi que les agents thérapeutiques à lui opposer, diffèrent suivant que la maladie est aiguë ou chronique.

1° *Symptômes et marche de la bronchorrhée aiguë.*—La bronchorrhée aiguë débute en général d'une manière presque soudaine; les malades accusent beaucoup de dyspnée, une grande oppression, un sentiment d'angoisse dans la poitrine; celle-ci est agitée par des secousses d'une toux sèche, pénible, presque convulsive; la sonorité est parfaite, mais l'auscultation fait découvrir presque partout des râles sibilant et ronflant mêlés parfois à des râles humides, muqueux ou sous-crépitants. Ces troubles du côté de la respiration ne tardent pas à produire une congestion avec teinte violacée de la face et tuméfaction énorme des veines du cou; alors les traits sont altérés, les extrémités sont froides, le pouls est petit, insensible, irrégulier; une sueur froide couvre le corps; il y a des vertiges, de l'accablement, des lipothymies; et souvent, au moment

où la mort semble imminente, on voit les malades rejeter avec plus ou moins d'efforts une quantité considérable de crachats blancs, transparents, filants, mêlés à des bulles d'air et semblables à une solution concentrée d'albumine. Ces crachats sont rejetés après quelques efforts de toux, quelquefois presque spontanément et en si grande abondance que les malades semblent vomir. Cette excrétion peut continuer pendant plusieurs heures, rarement pendant un jour; elle cesse peu à peu après que les individus ont rejeté 3 ou 4 kilogrammes de fluide albumineux et sans qu'il ait jamais existé de fièvre. L'excrétion terminée, il arrive parfois que les malades reprennent aussitôt toutes les apparences de la santé; cependant il est plus commun qu'ils conservent encore pendant un ou plusieurs jours un peu d'oppression, de toux, quelques râles secs disséminés dans la poitrine, de l'ardeur à la gorge, un peu de perte d'appétit et une grande fatigue. Les mêmes accidents se reproduisent au bout d'un temps plus ou moins long; il est fort rare que l'accès revienne après quelques jours, ordinairement il s'écoule plusieurs mois, une ou plusieurs années. On conçoit que, si la maladie se reproduisait à de courts intervalles et s'accompagnait chaque fois d'une sécrétion muqueuse très considérable, les malades éprouveraient de l'amaigrissement et les principaux symptômes de la fièvre hectique; mais les cas de ce genre sont infiniment rares. On peut établir que la bronchorrhée aiguë n'a que deux modes de terminaisons : ou bien la guérison, qui survient rapidement, presque sans convalescence : c'est là le cas ordinaire; ou bien, dans quelques circonstances exceptionnelles, l'exhalation est tellement abondante dans les bronches que tout l'arbre aérien en est obstrué; les malades sont alors asphyxiés, et meurent au bout de peu d'instants.

2° *Symptômes et marche de la bronchorrhée chronique.* — La bronchorrhée chronique, plus fréquente que la forme aiguë, est presque toujours consécutive au catarrhe pulmonaire chronique. Les caractères anatomiques de l'inflammation ont pourtant cessé; mais la sécrétion catarrhale persiste par suite d'une espèce d'habitude morbide des tissus. Il existe de la toux, plus ou moins de dyspnée et des râles humides et secs dans la poitrine; enfin un état permanent de maladie. Or, c'est ordinairement dans ces conditions qu'on voit s'établir, surtout pendant la nuit ou quelques heures après les repas, un flux bronchique muco-albumineux s'accompagnant d'oppression, de dyspnée, de toux; mais il est rare d'observer cet ensemble de symptômes si graves qu'on remarque communément dans la bronchorrhée aiguë. Dans cette forme de la maladie, les accès sont plus rapprochés; ils ont parfois lieu une ou deux fois toutes les vingt-quatre heures. C'est ainsi qu'on voit des malades qui rejettent chaque jour 1 ou 2 kilogrammes de fluide muco-albumineux; et nonobstant cette sécrétion exagérée, la santé générale peut se mainte-

nir; cependant ces pertes continuelles finissent, au bout d'un certain temps, par altérer la constitution. Ainsi, les malades jaunissent, pâlissent ou prennent une teinte blafarde; leurs forces diminuent, la dyspnée devient habituelle, ils maigrissent, l'appétit se perd, les digestions s'altèrent, une fièvre hectique s'allume, et ils succombent après être parvenus au dernier degré de marasme. D'autres meurent suffoqués par l'excès d'exhalation; enfin, quelques uns sont emportés par des maladies intercurrentes, comme la pneumonie ou une affection organique du cœur. La durée de la bronchorrhée chronique est longue et toujours indéterminée.

Diagnostic.—La bronchorrhée aiguë ou chronique diffère de la bronchite, 1° par son invasion, 2° par la nature albumineuse de l'expectoration, 3° par la quantité considérable de fluide évacuée en peu de temps, 4° par la cessation rapide des accidents. La bronchorrhée a quelque point de ressemblance avec l'asthme humide, avec lequel elle est très souvent confondue; mais nous verrons plus tard que les accès qui caractérisent l'asthme ne ressemblent pas à ceux de la bronchorrhée, et d'ailleurs la sécrétion bronchique diffère dans les deux maladies. Il est fort rare, par exemple, que celle qui forme la crise de certains accès d'asthme soit aussi abondante et aussi albumineuse que dans la bronchorrhée. Enfin les phénomènes fournis par l'auscultation, la nature des symptômes généraux et la marche de la maladie ne permettront pas de confondre la bronchorrhée chronique ni avec la phthisie ni avec la dilatation des bronches (voir ces affections).

Pronostic. — Le pronostic de la bronchorrhée aiguë n'est grave que dans les cas où la sécrétion, étant très abondante, les matières sont difficilement expulsées, ce qui peut occasionner la mort par asphyxie. La bronchorrhée chronique est, au contraire, d'un pronostic toujours fâcheux, car il est fort rare qu'on puisse la guérir complétement; le plus souvent on ne fait que la pallier.

Etiologie. — La bronchorrhée n'affecte guère que les adultes et surtout les vieillards; les individus gros, replets, doués d'un tempérament lymphatique, ceux qui mènent une vie sédentaire, les vieux goutteux y sont plus prédisposés. L'impression du froid, de l'humidité, une digestion pénible, des émotions morales, sont les causes déterminantes les plus communes de la bronchorrhée; celle-ci survient ordinairement après des récidives fréquentes de catarrhe pulmonaire.

Traitement. — La bronchorrhée aiguë débute souvent par des accidents tellement graves qu'il devient urgent d'employer un remède actif pour prévenir une asphyxie imminente. On a conseillé dans ce cas de faire une saignée du bras; mais ce moyen est rarement applicable, en raison de la faiblesse primitive du sujet ou de l'état actuel du pouls et des forces; on n'y aura recours que chez les sujets jeunes, forts, et chez

lesquels l'artère du bras présentera encore une certaine résistance. Dans tous les cas, la saignée sera modérée, *exploratrice ;* on pourra la répéter si on obtient des effets utiles.

Dans les conditions que je suppose ici, il est généralement préférable d'administrer un vomitif, et surtout l'ipécacuanha, pris à doses fractionnées (25 ou 30 centigrammes tous les quarts d'heure), de manière à exciter des nausées continuelles, et par suite un état de secousse vers la poitrine et de compression des poumons qui favorisent l'expulsion des matières sécrétées dans les bronches. Cependant, lorsque les accidents sont pressants, il faut donner d'emblée 1 gramme d'ipécacuanha, ou mieux encore 15 centigrammes d'émétique, pour produire promptement des évacuations par haut et par bas et un effet révulsif. C'est aussi pour obtenir un effet émétique que Copland conseille d'administrer 1 gramme 10 centigrammes de sulfate de zinc, et que d'autres ont préconisé l'emploi de la racine de violette en décoction (4 à 12 grammes dans 1,000 grammes d'eau) ; mais ces moyens n'ont pas d'avantage sur l'émétique, et souvent leur effet est plus incertain. Quelle que soit la gravité des accidents, il faut chercher à opérer des révulsions, et surtout à exciter quelques sécrétions : c'est dans ce double but qu'on emploie des purgatifs et des diurétiques, qu'on promène des sinapismes, des ventouses sèches sur la peau. Enfin, dans les cas extrêmes, il ne faudrait pas hésiter à appliquer un ou plusieurs larges vésicatoires.

La plupart des moyens que je viens d'énumérer conviennent encore dans la bronchorrhée chronique, pour parer aux accidents aigus qui surviennent au moment où le flux s'établit ; mais, dans l'intervalle des accès, il faut chercher à prévenir ceux-ci par une bonne hygiène, ou en modifiant l'état organique de la muqueuse bronchique. Les malades éviteront toutes les causes de refroidissement ; ils mangeront modérément ; mais leur nourriture sera substantielle, tonique ; ils se couvriront de flanelle de la tête aux pieds ; on conseillera un purgatif de temps en temps, ou bien on établira un exutoire permanent au bras.

Pour modifier l'état sécrétoire de la muqueuse bronchique, on aura recours aux eaux sulfureuses en boissons et en bains ; on conseille encore l'usage à l'intérieur de l'eau de goudron, du baume de copahu, de tolu, et de toutes les substances balsamiques et résineuses. Les malades peuvent même essayer d'inspirer certaines vapeurs, comme celle du goudron, ou du benjoin, ou des baies de genièvre. Enfin, lorsque les malades sont bouffis, pâles, étiolés, affaiblis, on administrera les ferrugineux et les toniques puissants, comme le quinquina.

Nature. — D'après les détails qui précèdent, il est évident que la bronchorrhée doit appartenir à la classe des flux ; l'exagération de sécrétion constitue ici le seul élément pathologique, le seul par conséquent qui puisse caractériser et classer la maladie. Invoquer un état d'irrita-

tion, c'est faire une hypothèse toute gratuite. Il est désormais prouvé que la bronchorrhée n'est pas une variété de la bronchite. Il ne faudrait pas trouver la preuve du contraire dans l'existence des râles secs, que nous avons signalés comme constants, car ils s'expliquent par l'état de congestion momentanée que la muqueuse éprouve peut-être peu avant la sécrétion. Je dis peut-être, car cette congestion préalable n'est pas démontrée; elle n'est pas non plus nécessaire, car il est possible que les râles soient le résultat du rétrécissement des bronches produit par l'exhalation d'un mucus tenace : c'est même peut-être là l'explication la plus vraie du phénomène.

DE LA GASTRORRHÉE.

L'exhalation abondante d'un fluide muqueux à la surface de la membrane interne de l'estomac et son expulsion par le vomissement caractérisent l'affection connue sous le nom de *gastrorrhée.*

Cette maladie, encore peu étudiée, peut être *idiopathique* ou *symptomatique.* Dans la première variété, il n'existe aucune lésion matérielle saisissable dans la texture de la membrane muqueuse de l'estomac qui explique l'exhalation ou la sécrétion morbide dont elle est le siége.

Symptômes, marche. — Dans la gastrorrhée, on voit des individus, en apparence bien portants sous tous les rapports, rejeter de temps en temps, et après des efforts de vomissements, un liquide tout-à-fait aqueux, mais plus souvent visqueux, filant, transparent, semblable à du blanc d'œuf, insipide, rarement acide ou salé. Sa quantité varie; elle peut n'être que de 50 à 60 grammes, et s'élever parfois jusqu'à 400 ou 500 grammes. Cette excrétion morbide se fait le plus souvent le matin à jeun; plus rarement elle a lieu au milieu du jour ou une ou plusieurs heures après les repas, et dans ce dernier cas les aliments sont presque toujours retenus dans l'estomac, tandis que le fluide muqueux seul est expulsé. Chez la plupart des malades la gastrorrhée ne produit presque aucun trouble, même du côté des organes digestifs. Si quelquefois les vomissements sont précédés de malaise et de douleurs épigastriques, si chez d'autres l'appétit est perdu, et si, pendant les jours qui précèdent et qui suivent, les digestions sont pénibles, on peut dire que ce ne sont là que des faits exceptionnels, et que, chez la grande majorité des individus atteints de gastrorrhée, les vomissements ne produisent que peu de malaise, et n'empêchent ni l'appétit ni l'intégrité des digestions. En un mot, les individus, après avoir vomi, reprennent toutes les apparences de la santé.

Les vomissements se répètent à des intervalles variables. Il se passe souvent plusieurs mois entre chaque accès; chez d'autres, ceux-ci se reproduisent une ou plusieurs fois par semaine; enfin chez beaucoup ils

ont lieu à des époques encore plus rapprochées, chaque matin, par exemple, peu après le réveil.

Durée, terminaisons. — La gastrorrhée peut guérir; mais elle a, en général, une durée fort longue, et elle finit souvent par devenir constitutionnelle. On conçoit que la reproduction de la sécrétion puisse amener à la longue l'hypertrophie des glandes mucipares, et peut-être même celle de toute la membrane muqueuse, puisque l'hypertrophie de quelques organes est souvent la conséquence d'un surcroît d'activité dans leurs fonctions. Mais il n'est nullement démontré que la gastrorrhée puisse être, comme on l'a dit, une cause active de squirrhe et de cancer; car si quelquefois on a vu la dégénérescence survenir chez ceux qui présentent depuis longtemps un flux muqueux de l'estomac, il n'y a eu que simple coïncidence ; et lorsqu'on peut établir un rapport entre les deux maladies, on trouve que la gastrorrhée a été plutôt l'effet que la cause du cancer.

Diagnostic. — Nous avons dit précédemment qu'il existait une gastrorrhée symptomatique, et il n'est aucune lésion qui la détermine aussi souvent que la dégénérescence squirrheuse ou cancéreuse des parois de l'estomac; la gastrorrhée est parfois alors le premier symptôme de cette redoutable affection. On soupçonnera que le flux muqueux tient à cette cause lorsqu'on voit les digestions être habituellement difficiles, ou lorsqu'il y a une anorexie continuelle, ou bien encore lorsque le malade maigrit et dépérit tous les jours, lorsque son teint devient jaunâtre, accidents qu'on ne remarque pas dans la gastrorrhée idiopathique. Dans cette dernière, pourtant, on pourrait observer le dépérissement des malades, si le flux stomacal était habituellement abondant; mais ce cas est excessivement rare, et d'ailleurs on trouverait dans les autres symptômes et dans la marche de la maladie assez de différence pour pouvoir établir, sinon sûrement, du moins d'une manière assez probable, le diagnostic différentiel.

Pronostic. — La gastrorrhée ne compromet pas la vie, mais c'est une affection incommode et le plus souvent très rebelle.

Etiologie. — Les causes qui donnent lieu à la gastrorrhée sont encore mal déterminées; toutefois il paraît que cette maladie affecte plus souvent les hommes que les femmes, les individus replets, ceux qui mangent des aliments épicés, des viandes fumées, salées, des fruits acides, et ceux surtout qui abusent des liqueurs alcooliques. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir des hommes qui, le lendemain d'un excès de table, vomissent à jeun une certaine quantité d'un fluide albumineux. On voit des ivrognes chez lesquels une pareille excrétion se reproduit régulièrement tous les jours au moment du réveil. Ici la supersécrétion s'explique par l'état d'excitation de la membrane muqueuse. Chez d'autres le même accident se produit à la suite d'un

trouble dans l'innervation; telles sont, par exemple, les gastrorrhées qui accompagnent certaines névroses de l'estomac.

Traitement. — D'après l'énumération des causes, on comprend qu'un régime convenable doit être souvent le principal ou même l'unique moyen par lequel on pourra combattre certaines gastrorrhées. Il faudra également étudier la susceptibilité individuelle; car on voit, en vertu de certaines idiosyncrasies, l'usage de quelques aliments provoquer la gastrorrhée, tandis que d'autres la guérissent. En général, les malades se trouvent bien d'une alimentation tonique; ainsi un régime animal, l'usage modéré d'un vin généreux, l'emploi d'une eau gazeuse, et, après le repos, une petite quantité de thé, de café ou d'eau-de-vie, ou de vin de Malaga, d'Alicante, etc., conviennent au plus grand nombre. Il est utile aussi que le ventre soit libre; souvent même on peut, par l'administration d'un purgatif, arrêter une gastrorrhée rebelle, ou prévenir le retour de celles qui se montrent à certaines époques plus ou moins fixes. Les amers, les toniques, et spécialement l'extrait de kina, de quassia amara et les ferrugineux unis aux bains de mer, les frictions sèches ou aromatiques sur le corps triompheront de quelques gastrorrhées qui se lient à un état d'atonie de l'estomac en particulier, ou de toute la constitution. Dans les cas de névrose douloureuse de l'estomac, l'opium est indiqué; la thériaque devra être souvent préférée en raison de ses propriétés faiblement toniques. Enfin, il est des gastrorrhées qui sont avantageusement modifiées par les boissons sulfureuses et les substances résineuses, comme le copahu, la térébenthine, le baume de tolu, etc.

DIARRHÉE CATARRHALE.

Le tube intestinal est, de tous les organes de l'économie animale, celui qui est le plus souvent affecté de flux catarrhal. Cette fréquence s'explique par l'étendue des surfaces, la nature des fonctions et les rapports sympathiques qui lient l'intestin avec le tégument externe La diarrhée catarrhale est caractérisée par des déjections liquides, jaunâtres, muqueuses, plus ou moins abondantes, ayant lieu le plus souvent sans coliques. Chez quelques malades les selles sont précédées de douleurs dans le ventre, mais elles n'ont jamais l'acuité de celles que l'entérite détermine; on n'observe point non plus le ténesme que nous avons noté dans la dysenterie. Il n'y a jamais de fièvre, les fonctions digestives peuvent être intactes, d'autres fois l'appétit est diminué et les malades se plaignent d'une soif très vive; le ventre est un peu sonore et le siége de quelques gargouillements. Mais le symptôme prédominant après la diarrhée est une faiblesse plus ou moins grande, proportionnée à l'abondance des évacuations. Néanmoins elle n'est pas comparable à celle qui existe

presque constamment dans les dysenteries, même dans celles qui sont les plus bénignes; il y a souvent un peu d'amaigrissement. La diarrhée peut suivre une marche aiguë ou chronique, se terminer en un ou quelques jours et exister plusieurs semaines avec des alternatives. Elle est très sujette à récidiver.

La diarrhée catarrhale est une affection commune à tous les âges. On l'observe spécialement chez les étrangers, dans le premier temps de leur séjour dans quelques grandes villes, comme Paris, Londres, Amsterdam. Ce petit accident est provoqué bien moins par l'eau, qu'on accuse communément, que par le concours de plusieurs autres circonstances, telles que l'humidité et le changement de régime. Le froid est une cause dont l'action est incontestable: ainsi on voit fréquemment des individus être pris de flux muqueux atonique du tube digestif à la suite d'un refroidissement des pieds ou de tout le corps, ou après l'ingestion dans l'estomac d'une certaine quantité d'eau froide pendant que le corps est en sueur. Enfin, il est des diarrhées catarrhales à marche chronique qui sont entretenues par une alimentation grossière, de mauvaise qualité, ou par le séjour habituel dans des lieux humides.

La diarrhée catarrhale diffère de l'entérite par l'absence complète, ou presque complète, de douleur et de fièvre, parce que, dans la plupart des cas, les fonctions de l'estomac continuent à se faire: aussi la nutrition est-elle généralement peu altérée. La considération de cette dernière consistance sera d'une grande utilité pour distinguer la diarrhée catarrhale essentielle, celle qui ne consiste qu'en une simple exagération de la sécrétion folliculeuse, de celle qui se lie à l'existence d'ulcérations intestinales ou qui est symptomatique d'un ramollissement de la membrane muqueuse.

La diarrhée catarrhale, telle que nous la comprenons ici, est une affection toujours bénigne.

Si la diarrhée catarrhale ne cède pas en quelques jours à l'usage des mucilagineux et des opiacés aidés du régime, on devra recourir au-sitôt aux astringents et aux toniques. Ainsi on fera dissoudre dans l'eau de riz 1 à 6 grammes de cachou, on donnera l'extrait de ratanhia, les infusions de columbo (1 gramme pour 250 d'eau), de cassia amara, de simarouba (8 grammes p. 100 d'eau), le vin vieux, la thériaque, une légère macération de quinquina à froid. Le sous-nitrate de bismuth pourra également être utile; on le prescrit à la dose de 1 à 4 grammes chez l'adulte, à celle de 1 à 3 décigrammes chez les enfants au commencement des repas. Enfin, contre les diarrhées qui résistent à ces moyens, on oppose souvent avec avantage un purgatif salin ou amer, comme la rhubarbe, qui agit en modifiant la sécrétion des follicules muqueux. Beaucoup de diarrhées chroniques tenant à un mauvais régime ou à une habitation insalubre, cèdent quand on change ces con

ditions hygiéniques. Quand les flux diarrhéiques reconnaissent pour cause l'impression du froid humide, on devra couvrir le malade de flanelle, protéger le ventre avec une ceinture de laine ou de peau; les pieds seront tenus constamment protégés par des chaussures convenables. Ainsi, il nous a suffi plusieurs fois, pour obtenir une guérison très rapide, de faire porter des sabots à des individus qui, ayant habituellement les pieds dans l'humidité, éprouvaient une diarrhée interminable qui avait résisté à toutes les médications.

DE LA LEUCORRHÉE.

SYNONYMIE. — Flueurs ou fleurs blanches; *fluor aut profluvium muliebris, menstrua aut menorrhagia alba;* catarrhe utérin.

Les mots *leucorrhée* ou *flueurs blanches* n'expriment pas, comme leur sens étymologique pourrait le faire croire, tous les écoulements non sanguins qui se font par la vulve; mais on ne doit comprendre sous ces deux dénominations que les écoulements blancs, chroniques, auxquels sont sujettes certaines femmes qui ne présentent d'ailleurs aucune autre affection de l'appareil génital. M. Marc d'Espine, auquel on doit des recherches intéressantes sur le sujet dont je traite, pense, en outre, que la leucorrhée n'existe réellement qu'autant que l'écoulement est assez abondant pour incommoder les femmes. J'adopte complétement cette opinion.

Caractères anatomiques. — Nous n'avons pas de renseignements positifs sur l'état anatomique des organes génitaux chez les femmes qui succombent avec de la leucorrhée. On a dit que la membrane muqueuse du vagin et de l'utérus était quelquefois livide ou violacée; mais le plus souvent elle est pâle et ne présente d'ailleurs aucune altération d'épaisseur ou de consistance. L'écoulement leucorrhéique est fourni le plus souvent par le vagin et le col, un peu moins souvent par la face interne du corps de l'utérus; enfin, dans des cas extrêmement rares, par les trompes de Fallope.

Symptômes. — Les symptômes de la leucorrhée se divisent en *locaux* et en *généraux*.

1° *Symptômes locaux.* — Il se produit par les parties extérieures de la génération un écoulement muqueux, blanc-jaune ou verdâtre, inodore ou d'une odeur fade, d'une saveur inconnue. Il est parfois aqueux; mais dans près de la moitié des cas, il est albumineux et transparent; d'autres fois, sa transparence est moins complète, et il est plus ou moins strié de gris, de bleu ou de jaune. Enfin, il peut être tout-à-fait opaque, crémeux ou caséeux. Il est difficile de démontrer la cause de ces variations de couleur. Quelques faits permettent de supposer que les colorations bleuâtres, jaunâtres, se rattachent à quelque complication

inflammatoire; mais nous n'avons encore, à ce sujet, aucune donnée positive. L'abondance de l'écoulement varie beaucoup : il est des femmes qui sont à peine mouillées; chez d'autres, au contraire, il y a un suintement continuel très incommode : aussi les malades sont-elles obligées de se garnir comme quand elles ont leurs règles. On a vu des femmes perdre dans une seule journée plusieurs livres de liquide. D'ailleurs l'aspect, les qualités physiques et la quantité de l'écoulement leucorrhéique varient beaucoup, chez la même femme, d'un instant à l'autre : ainsi, une température humide et froide, l'usage de certains aliments, les passions tristes, l'approche des règles, etc., augmentent en général les flueurs blanches, qui deviennent en même temps beaucoup moins albumineuses. Beaucoup de femmes se plaignent de prurit à la vulve, de pesanteur à l'hypogastre, de tiraillements aux aines, à la partie supérieure et interne des cuisses, dans les lombes, à la région sacrée et vers les reins. Si on examine l'état des organes sexuels, on trouve que les parties extérieures sont pâles, flasques; le vagin semble plus large; sa muqueuse est pâle ou bleuâtre; le col paraît parfois boursouflé; l'orifice est béant lorsque l'écoulement arrive de l'utérus. La peau de la vulve et de la partie supérieure des cuisses est parfois rouge ou même excoriée par suite de l'âcreté qu'a momentanément la matière de l'écoulement. Enfin, on a dit que les femmes leucorrhéiques étaient indifférentes aux plaisirs vénériens; que d'autres tombaient dans un excès contraire. Cependant on n'a à ce sujet aucune donnée certaine, et dans ces cas, on n'a pas toujours fait la part exacte du tempérament ou des habitudes, et celle qui n'appartient qu'à l'écoulement lui-même.

2° *Symptômes généraux.* — Lorsque la leucorrhée persiste depuis quelque temps, les femmes pâlissent; leur teint devient terne; les chairs sont flasques, les forces diminuées; les malades tombent dans un état de langueur; elles ont souvent des tiraillements, des douleurs névralgiques vers l'estomac; elles ont de l'inappétence ou éprouvent le besoin de prendre des aliments fréquemment, mais elles sont vite rassasiées; les digestions sont lentes, pénibles : il y a parfois des appétits bizarres. Enfin les malades sont essoufflées, elles ont des palpitations, de la céphalalgie. Dans ces conditions, on voit communément les règles diminuer d'abondance, se suspendre ou devenir irrégulières. Enfin les femmes finissent par éprouver tous les troubles qui accompagnent communément la chlorose.

Forme, marche, durée. — Les symptômes précédents se remarquent à différents degrés dans la plupart des leucorrhées. Cependant ils ne caractérisent que l'état chronique, qui est, à vrai dire, la forme habituelle de la maladie. Dans quelques cas, pourtant, la leucorrhée, surtout lorsqu'elle débute brusquement, produit quelques accidents aigus ou d'excitation. Ainsi le prurit de la vulve est parfois insupportable; il y a

des ardeurs en urinant, une sensation de chaleur, de pesanteur dans le vagin ; les femmes ressentent une douleur gravative, incommode, à l'hypogastre et vers les flancs ; l'écoulement est d'abord séreux ; au bout de quelques jours, il prend de la consistance et devient jaune ou opaque. Enfin, après quelques semaines, l'écoulement tarit, ou bien la maladie passe à l'état chronique. La leucorrhée a une durée variable : elle peut persister plusieurs mois, plusieurs années, et se prolonger même pendant toute la vie des femmes. Dans ces cas, l'écoulement, presque toujours continuel, offre de nombreuses irrégularités pour l'abondance, la couleur, l'odeur, la densité : changements qu'on ne peut pas toujours expliquer par les conditions hygiéniques ou individuelles. La leucorrhée peut être périodique : on la voit, par exemple, être pendant plusieurs années supplémentaire du flux menstruel. Ces faits, sans être fréquents, ne sont pourtant pas très rares.

Accidents consécutifs, terminaisons. — La guérison est la terminaison ordinaire de la leucorrhée ; elle a lieu le plus souvent spontanément. D'autres fois les flueurs blanches cessent chez les jeunes filles aussitôt après l'établissement des règles et chez les femmes après un accouchement, etc. On cite encore des cas où la leucorrhée a cessé après des selles ou des sueurs abondantes, une salivation, ou à l'occasion d'une maladie aiguë. On a dit que les flueurs blanches pouvaient se terminer par la mort ; mais je ne connais aucun fait authentique qui le prouve. Nous croyons que dans tous les cas qu'on invoque il a dû exister quelque lésion organique qui a passé inaperçue.

On a regardé les flueurs blanches habituelles comme pouvant produire diverses maladies de l'utérus et du vagin, telles que des prolapsus de ces organes ou des affections cancéreuses. La première de ces opinions est problable, la seconde ne l'est point. On a encore accusé les flueurs blanches d'être une des causes de la stérilité de certaines femmes ; on a aussi prétendu que, lorsqu'elles devenaient mères, les enfants étaient rachitiques, scrofuleux et aveugles ; mais aucune de ces opinions n'est justifiée par l'observation ; d'ailleurs, eût-on noté plus souvent ces accidents chez les leucorrhéiques que chez des femmes bien portantes, il resterait encore à déterminer s'il ne conviendrait pas de rapporter les accidents plutôt à l'affaiblissement de la constitution qui précède et produit souvent les flueurs blanches, qu'à la leucorrhée elle-même. L'homme qui cohabite avec une femme atteinte de leucorrhée simple court-il quelque danger ? est-il vrai, par exemple, qu'il puisse contracter une blennorrhagie ? C'est là un point de doctrine extrêmement délicat. Considérée sous le point de vue scientifique, il importerait beaucoup que cette question fût résolue ; cependant la chose n'est pas nécessaire en pratique ; car, quelle que soit sa solution, le repos des familles exige assez souvent qu'on se serve du prétexte d'une âcreté particulière de

certains écoulements leucorrhéiques ou du flux menstruel pour expliquer beaucoup de blennorrhagies de l'homme, et pour voiler ainsi les fâcheux résultats d'une infidélité. On conçoit que lorsque l'écoulement leucorrhéïque est très abondant et qu'il persiste un grand nombre d'années, l'économie s'y soit jusqu'à un certain point habituée, et peut-être alors y aurait-il quelque inconvénient à le supprimer trop brusquement. Cependant il ne faut pas, à beaucoup près, accepter comme parfaitement observés les faits assez nombreux rapportés dans les auteurs où la disparition d'une leucorrhée ancienne aurait donné lieu aux maladies aiguës et chroniques les plus graves; car le plus souvent dans ce cas il n'y a que coïncidence.

Diagnostic. — Il y a une foule d'affections aiguës et chroniques de la vulve, du vagin et de l'utérus qui produisent un écoulement blanc jaune ou vert plus ou moins abondant; mais on distingue cet écoulement de la leucorrhée proprement dite, par la marche, les symptômes concomitants, et surtout par les résultats fournis par le toucher et par l'exploration à l'aide du spéculum. Cet instrument peut seul démontrer si l'écoulement est fourni par le vagin ou l'utérus ou bien s'il provient à la fois de ces deux sources. Cependant tous les moyens dont la science peut disposer sont insuffisants pour faire distinguer de simples flueurs blanches d'un écoulement vénérien : on est obligé de raisonner ici d'après de simples probabilités. (Voir le t. II, article *Blennorrhagie.*)

Pronostic.—Si la leucorrhée ne compromet pas l'existence, elle n'en constitue pas moins une maladie désagréable pour la femme, et qui entretient souvent chez elle un état maladif des plus pénibles.

Étiologie. — La leucorrhée est une maladie plus commune dans les pays humides et froids que dans les climats chauds; elle affecte aussi plus souvent les femmes des grandes villes que celles de la campagne. Le tempérament lymphatique paraît y prédisposer; cependant les femmes pléthoriques, celles d'une constitution forte, paraissent plus sujettes aux flueurs blanches que les femmes grêles. Les autres causes prédisposantes, et déterminantes, dont l'action est la moins incertaine, sont l'hérédité, la compression du ventre par des corsets baleinés, l'abus d'aliments gélatineux qui produisent l'atonie des organes digestifs, une vie sédentaire, des passions tristes, l'habitation dans des lieux bas et humides, un coït trop souvent répété, ou le séjour dans le vagin d'un corps étranger, comme un pessaire, l'existence d'oxyures dans le rectum, ou d'hémorrhoïdes internes qui entretiennent une fluxion permanente au voisinage des organes génitaux, les dérangements de la menstruation, les accouchements, et surtout les accouchements avant terme. Enfin, il est des causes pour ainsi dire spéciales à chaque individu, et qui n'agissent qu'en vertu d'une idiosyncrasie particulière; tels sont, par exemple, ces cas assez nombreux où l'on voit des flueurs blanches

abondantes survenir après l'ingestion de certains aliments ou de certaines boissons, comme le thé, le café au lait ou le lait pur, certains coquillages, la chair des grenouilles, certains fruits acides et même l'eau de certaines sources. On a encore dit que les flueurs blanches pouvaient succéder à la suppression d'un exutoire ou de certains flux, comme les sueurs, ou d'une hémorrhagie constitutionnelle; mais dans la plupart des faits qu'on invoque, la relation entre la cause et l'effet ne nous paraît pas être parfaitement établie. La leucorrhée est une affection endémique dans les grandes villes; elle peut, sous l'influence de certaines constitutions amosphériques, sévir avec plus d'intensité et revêtir tout-à-fait le caractère épidémique. On en a recueilli de fréquents exemples pendant une grande partie du dernier siècle; les principaux sont ceux observés par les médecins de Breslaw, en 1702; par Morgagni en Italie, en 1710; par Bassins, à Hall, en 1730; à Paris, en 1765, etc.

Traitement. — Un grand nombre de remèdes ont été préconisés contre les flueurs blanches; nous n'indiquerons que les principaux, ceux dont l'action est la mieux démontrée.

Lorsque la leucorrhée, survenant brusquement, s'accompagne d'accidents aigus, on devra se borner à conseiller le repos, l'usage de bains, d'injections émollientes, une nourriture douce et la continence. Lorsque les flueurs blanches sont anciennes, il faudra rechercher les causes qui ont pu les faire naître et qui souvent les entretiennent, afin de placer les malades dans d'autres conditions. Lorsque la cause est insaisissable, ou bien lorsqu'ayant cessé d'agir, la leucorrhée persiste, il faudra diriger le traitement, en ayant surtout égard à l'état général. Ainsi, lorsque la femme est fortement constituée et pléthorique, il sera utile de tirer du sang; on prescrira des boissons acidules, comme la limonade minérale; on excitera les sécrétions intestinales, celles des reins et de la peau par l'emploi répété des purgatifs, des diurétiques et des sudorifiques. On pourra associer à ces moyens des injections émollientes d'abord, puis astringentes ou aromatiques; elles seront faites avec le tan, la gentiane, les feuilles de noyer, la noix de galle, le vin rouge, l'acétate de plomb. Ces injections seront portées exclusivement dans le vagin, et jamais dans l'utérus, à cause de la facilité avec laquelle un liquide injecté dans le corps de l'organe peut cheminer dans les trompes et s'épancher dans la cavité du péritoine. Si les injections échouent, on aura recours à la cautérisation par le nitrate d'argent.

La leucorrhée ancienne coexistant ordinairement avec un état de faiblesse et d'anémie, indique l'emploi des toniques et des amers, comme le quinquina, la gentiane, le basilic, les bourgeons de sapin, la mélisse, l'armoise, la plupart des labiées, les baumes de copahu et du Pérou; les préparations de fer, les eaux minérales de Spa, de Passy, et les bains de mer. Cependant tous ces moyens seraient insuffisants ou

même tout-à-fait impuissants sans le régime. Il faudra donc conseiller dans ces cas aux malades une habitation sèche, bien aérée, exposée au sud, l'exercice à pied au soleil, une alimentation tonique, des frictions sèches aromatiques sur le corps et l'usage de la flanelle.

DU CATARRHE VÉSICAL.

Pour la plupart des auteurs, le catarrhe vésical serait une forme de l'inflammation de la vessie bornée à la membrane interne; de là le nom de *cystite muqueuse* que beaucoup lui ont donné; d'autres préfèrent l'appeler *cystite catarrhale*, en raison de la nature de la sécrétion morbide. Cependant ces deux maladies, qu'on a confondues en raison d'un seul symptôme commun qu'elles présentent (*les urines muqueuses ou filantes*), doivent être distinguées entre elles pendant la vie comme elles le sont sur le cadavre. Dans la cystite, en effet, les parois vésicales sont rouges, noirâtres, épaissies, friables, ramollies, ulcérées, fongueuses, etc. Dans le catarrhe, au contraire, la vessie n'a presque subi aucune modification appréciable dans sa structure; sa capacité est parfois un peu diminuée. La muqueuse peut présenter quelques plaques ardoisées, vestige d'une congestion ancienne; mais presque toujours cette membrane est pâle; rarement elle est épaissie et amincie; de sorte que, pour expliquer l'exhalation dont elle est le siége pendant la vie, on est obligé d'invoquer une simple perversion dans ses fonctions sans altération de tissu. Le catarrhe vésical, ainsi isolé de la cystite aiguë ou chronique, est une affection très rare.

Symptômes, marche. — Le catarrhe vésical peut être primitif; d'autres fois il est consécutif à la cystite; ce rapport étiologique entre les deux maladies explique jusqu'à un certain point pourquoi elles ont été si longtemps confondues. Le catarrhe vésical est une maladie presque toujours chronique, dans laquelle on ne trouve qu'accidentellement des signes d'excitation générale et locale. S'il y a des douleurs à l'hypogastre ou au périnée, elles sont vagues, peu vives, ne consistent qu'en une pesanteur; les malades urinent plus souvent, mais sans éprouver ces besoins pressants, ces épreintes qu'on observe dans l'inflammation. L'urine, pendant l'émission, semble avoir sa couleur normale; elle est peut-être un peu moins limpide; elle est peu acide, et passe bientôt à l'état alcalin; elle exhale alors une odeur ammoniacale; par le refroidissement, elle se sépare en deux couches, l'une superficielle et tout-à-fait liquide; l'autre existe au fond du vase en couche plus ou moins épaisse; elle est tremblotante, visqueuse, filante, blanchâtre, quelquefois tout-à-fait transparente; elle a la plus grande analogie avec l'albumine de l'œuf; sa quantité, qui peut n'être que de quelques grammes, et s'élever parfois à plus de 500 dans les vingt-quatre heures, varie beaucoup

suivant une foule de circonstances : elle devient, en effet, plus considérable dans la saison froide, lorsque l'atmosphère est chargée d'humidité, ou lorsque la transpiration diminue ou que la surface du corps a été accidentellement exposée à une cause de refroidissement. Un état d'excitation ou plutôt de subinflammation de la muqueuse vésicale a, au contraire, pour résultat de diminuer l'exhalation muqueuse, qui prend généralement alors une couleur un peu jaunâtre ou d'un blanc sale. En même temps, les besoins d'uriner sont plus fréquents, plus impérieux, et la douleur hypogastrique ou périnéale est un peu plus vive. Ces symptômes d'excitation, bornés presque toujours à l'organe malade, peuvent se montrer en plus ou moins grand nombre de fois dans le cours de la maladie. Le catarrhe simple, et qui affecte un sujet dont la constitution n'est pas encore très détériorée, n'exerce aucune influence fâcheuse sur la nutrition : ainsi l'appétit se conserve, les digestions sont régulières. Cependant, si l'exhalation muqueuse était trop considérable, on verrait survenir tous les accidents que déterminent toutes les sécrétions exagérées. On a dit que le catarrhe pouvait, lorsqu'il est trop considérable ou qu'il se prolonge, entraîner la mort par épuisement; mais nous pensons qu'un pareil effet est excessivement rare. On a encore confondu ici le catarrhe avec la cystite chronique. Le catarrhe vésical a une durée toujours longue et indéterminée. Quelques individus le voient cesser momentanément pendant la saison chaude ou lorsqu'ils vont habiter un climat plus doux; mais la maladie reparaît pendant l'hiver ou lorsque les malades reviennent dans leur pays.

D'après cette description, on voit combien le catarrhe vésical est distinct de la cystite.

Pronostic. — Le pronostic du catarrhe de la vessie est beaucoup moins grave que celui de la cystite : le premier est une affection fâcheuse, bien moins par les dangers qu'elle ferait courir qu'à cause de l'opiniâtreté avec laquelle elle résiste, et de ses fréquentes récidives. Le catarrhe vésical diminue moins que la cystite l'activité des organes génitaux.

Etiologie. — Le catarrhe vésical affecte surtout les vieillards : il paraît reconnaître la plupart des causes de la cystite chronique; il survient spécialement sous l'influence du froid et de l'humidité. Les individus qui ont eu plusieurs atteintes de cystite, ou bien ceux dont la vessie a été longtemps irritée par la présence d'un calcul dont ils ont été débarrassés, semblent y être plus exposés. Mais nous n'avons encore sur ce sujet que des données fort incertaines. Le catarrhe peut être symptomatique de la présence d'un calcul, qui a généralement alors un petit volume.

Traitement. — Lorsqu'on a reconnu que le catarrhe vésical ne se lie pas à la présence d'un calcul, il faut, avant tout, soumettre les malades à un régime hygiénique convenable. Ils habiteront un lieu sec, bien

exposé; et si le climat est défavorable, on les enverra dans des pays plus doux. Ils seront entièrement couverts de flanelle; on excitera les fonctions de la peau par l'exercice, le massage et les frictions sèches; l'alimentation sera abondante, substantielle, sans être pourtant trop excitante. On engagera le malade à ne pas laisser la vessie se distendre par une trop grande quantité d'urine; il ne résistera pas au besoin d'uriner, et si quelque obstacle s'opposait à l'excrétion, on pratiquerait le cathétérisme une ou plusieurs fois par jour. Cependant ce régime ne triomphant pas toujours de la maladie, il faut réunir aux soins hygiéniques l'emploi de quelques médicaments dont l'expérience a depuis longtemps démontré l'utilité : je veux parler des balsamiques, tels que les baumes de copahu, du Pérou, de la Mecque, l'eau de goudron et surtout la térébenthine cuite, qu'on donne en pilules, en potions, à la dose progressive de 2 à 16 grammes, ou en lavements, quand l'estomac ne peut la supporter. On a également proposé certaines injections, et on se sert surtout alors de l'eau de goudron, des eaux minérales sulfureuses de Barèges et d'Enghien. Les eaux de Balaruc, de Contrexeville, en bains, boissons et injections pourront être également conseillées. Enfin, quand tous les moyens échouent, on peut tenter la cautérisation superficielle de la vessie, suivant le procédé du professeur Lallemand. Ce célèbre praticien, qui emploie ce moyen depuis une quinzaine d'années, a guéri les 9/10 des catarrhes vésicaux qu'il a eus à traiter, et dont la plupart avaient résisté pendant plusieurs années à tous les efforts de l'art. Ceux qui n'ont pas guéri complétement ont du moins éprouvé une amélioration notable. (Voir plus haut *Cystite chronique*, p. 474.)

QUATRIÈME GENRE DE SÉCRÉTIONS MORBIDES.

DES SÉCRÉTIONS PROPRES A QUELQUES ORGANES.

Les fluides particuliers sécrétés par plusieurs de nos organes peuvent être produits en quantité beaucoup plus considérable que de coutume. Cette supersécrétion, quand elle est très abondante, devient la cause de nombreux accidents, variables suivant la nature du fluide et suivant que celui-ci est sécrété en plus ou moins grande quantité.

Nous allons étudier successivement la supersécrétion de la sueur, de la graisse, de la salive, de la bile, de l'urine, du lait et du sperme. Nous ne dirons rien des flux de larmes, car la sécrétion exagérée de ce liquide ne se remarque guère que dans les maladies du globe oculaire et des paupières, ou bien sous l'influence d'un état nerveux particulier, comme dans les émotions tristes, et quelquefois dans la joie excessive. D'ailleurs les flux de larmes ne sont jamais portés au point d'affaiblir

la constitution. Toutefois il importe de dire ici que l'écoulement abondant des larmes sur les joues n'indique pas nécessairement une supersécrétion de ce fluide, mais il se rattache souvent à un obstacle apporté à son excrétion par suite d'un renversement des paupières ou d'une obstruction des voies lacrymales. A l'occasion des flux d'urine, nous ne devrons parler ici que de la polyurie, renvoyant l'histoire du diabète, à la fin du tome II, dans les maladies spéciales aux reins, attendu que le diabète est bien moins caractérisé par un flux d'urine que par la présence du sucre dans ce liquide. Cette dernière altération est constante, tandis que la première manque quelquefois.

DE L'ÉPHIDROSE.

Synonymie. — *Hyperhydrosis* ; dysodie cutanée.

Je n'ai point à m'occuper ici des sueurs plus ou moins abondantes qui sont un symptôme de plusieurs maladies (fièvre pernicieuse diaphorétique, suette, phthisie pulmonaire, résorptions purulentes, etc.); mais je veux seulement fixer l'attention sur certaines sueurs morbides paraissant être indépendantes de toute lésion, et qui constituent réellement une affection spéciale toujours incommode, qui peut être aussi la source d'accidents plus ou moins graves.

Les sueurs constituent un état morbide lorsqu'elles sont trop abondantes ou lorsqu'elles sont altérées dans leurs qualités.

Les sueurs qu'on nomme morbides, en raison de leur abondance, sont presque toujours générales ; on les a vues pourtant quelquefois n'occuper qu'une moitié du corps. Enfin il existe des cas beaucoup moins rares de sueurs bornées à des points circonscrits comme les joues, la tête, les aisselles, les mains, les parties génitales et surtout les pieds.

L'éphidrose est donc caractérisée par une exhalation considérable de sueurs ayant lieu d'une manière continue ou à des intervalles plus ou moins éloignés, et quelquefois périodiques. Cette supersécrétion, lorsqu'elle est générale, ne se remarque guère que chez les convalescents et les individus faibles ; elle se fait tantôt spontanément ; mais le plus souvent elle n'a lieu que lorsque le corps est échauffé par la marche, par l'application de vêtements trop épais, ou par une chaleur artificielle, ou bien elle se produit après les repas, ou à la suite d'une vive émotion de l'âme, en un mot, à l'occasion de toutes les causes qui normalement augmentent la quantité de la sueur : seulement, dans les cas dont nous parlons, les effets sont beaucoup plus considérables. On ignore si les propriétés physiques et chimiques de la sueur sont toujours modifiées en même temps que le liquide est sécrété en plus grande abondance. Cependant il est des cas où la sueur a acquis une odeur acide, urineuse, cadavé-

reuse ou bien une fétidité pénétrante, comme on l'observe fréquemment pour celle des pieds et des aisselles. Quant à sa saveur, on l'a trouvée absolument insipide, ou bien amère, douceâtre, salée; elle peut être aussi altérée dans sa couleur; c'est ainsi qu'on l'a vue jaune, verte, noire, bleue, etc. Enfin sa température est plus ou moins élevée; sa consistance peut être nulle, ou bien plus ou moins poisseuse et visqueuse; enfin la sueur paraît quelquefois contenir certains produits de sécrétions normales, comme la bile, l'urée; on a même dit que certaines boissons ingérées dans l'estomac pouvaient s'échapper par la transpiration, sans avoir subi la moindre modification; mais ces faits extraordinaires ne doivent être acceptés qu'avec la plus grande réserve.

Si les sueurs morbides étaient générales et très abondantes, elles pourraient finir par produire la chute des forces, l'amaigrissement, et tous les accidents que des évacuations excessives entraînent; mais ces cas sont infiniment rares. Lorsque les sueurs sont partielles, la portion de peau par laquelle l'exhalation se fait est plus ou moins modifiée dans sa sensibilité; l'épiderme est souvent gonflé, blanchi et ridé, comme s'il avait macéré longtemps dans de l'eau chaude.

Les sueurs abondantes se prolongent en général beaucoup. Au bout d'un temps variable et tout-à-fait indéterminé, la sécrétion finit par diminuer, et revient à peu près à son état normal. Assez souvent l'exagération de la sécrétion produit un peu d'amaigrissement, mais il est très rarement arrivé qu'elle ait jamais déterminé les accidents de la fièvre hectique. Sa suppression brusque a, au contraire, souvent été la cause déterminante d'un grand nombre de maladies ou d'incommodités, telles que pleurésies, rhumatismes, névralgies, etc.

Traitement. — Pour combattre les sueurs générales, il faut éloigner les causes manifestes qui provoquent la sécrétion. Les malades seront donc placés dans un air frais; ils seront modérément couverts, ils coucheront sur la paille ou le crin, ils prendront des bains froids d'eau de mer ou de Barèges, on provoquera d'autres évacuations, et si l'état de la constitution l'exige, on usera d'un régime fortifiant et de médicaments toniques. On pourrait peut-être aussi retirer quelque avantage de la limonade minérale, de l'acétate de plomb et de l'agaric blanc.

La sueur des aisselles et surtout celle des pieds est une incommodité pour laquelle beaucoup d'individus demandent des conseils. On devra les engager à porter, dans les cas de sueurs fétides des pieds, des chaussettes en fil et des chaussures légères; ils prendront tous les jours un ou deux bains de pieds avec de l'eau de Barèges froide. Dans les cas où la suppression de la sueur produirait des accidents, ainsi que M. Mondière en a cité des exemples, on se hâterait de la rappeler en enveloppant le pied de chaussettes de laine recouvertes d'un taffetas gommé.

DE LA POLYSARCIE OU OBÉSITÉ.

L'accumulation de la graisse, devenue assez considérable pour gêner quelques unes des fonctions de l'économie, constitue l'état morbide connu sous les noms de *polysarcie*, d'*obésité* ou de *polypionie*.

La polysarcie est locale ou générale. La première est plutôt une difformité qu'une maladie; on l'observe surtout dans les parois abdominales et l'épiploon, chez les hommes après trente-cinq ans, et chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. Cette accumulation partielle de graisse occasionne rarement de la gêne dans les digestions; mais le plus souvent elle rend difficile ou même impossible la flexion du tronc en avant.

Lorsque la polysarcie est générale, le corps a acquis un volume énorme; il peut peser 150, 300 et jusqu'à 400 kilogrammes. La graisse, qui, chez un adulte d'embonpoint ordinaire, n'entre guère que pour un vingtième dans le poids total du corps, peut en former la moitié, les deux tiers, et jusqu'aux quatre cinquièmes. Le corps présente alors un volume énorme; ses diverses parties sont déformées. Ces individus se meuvent avec peine; ils ont une démarche roide toute particulière, en raison de la difficulté qu'ils éprouvent à étendre et surtout à fléchir les articulations. La plupart ne peuvent faire le moindre exercice sans être essoufflés, baignés de sueurs, et sans éprouver des palpitations. Les uns mangent à peine; mais la plupart sont assez voraces; chez beaucoup la tête se congestionne après chaque repas, et ils ont une grande tendance à dormir. Ces individus sont, dit-on, peu portés pour l'acte vénérien. Les femmes obèses sont souvent stériles, et chez beaucoup la menstruation est irrégulière. Mais c'est à tort qu'on a accusé les sujets obèses d'être incapables de se livrer à aucun travail intellectuel; car l'histoire et l'observation contemporaine nous apprennent qu'une foule d'hommes éminents dans toutes les carrières ont été atteints de l'infirmité dont nous parlons. Un grand nombre de ces individus sont emportés par des congestions ou des apoplexies viscérales; la plupart meurent de maladies du cœur ou d'hémorrhagie cérébrale : on dit aussi que chez eux les maladies aiguës se terminent plus souvent par la mort.

Diagnostic. — Le diagnostic de la polysarcie est facile : la fermeté des chairs, l'absence de l'impression du doigt quand on les presse, empêchera de la confondre avec l'anasarque.

Pronostic. — Cette affection est grave, en raison des incommodités qui l'accompagnent et de la difficulté de la traiter. Quand elle affecte des jeunes gens, elle ôte tout espoir de longévité. Il n'en est pas absolument de même des individus qui deviennent obèses dès les premières années de la vie, car il arrive souvent alors que l'excès d'embonpoint

disparaît spontanément. M. Raige-Delorme a cité à ce sujet le fait très curieux d'un enfant qui, à l'âge de douze à quinze mois, avait une obésité énorme, ce qui occasionnait chez lui une respiration tellement courte et précipitée, qu'il semblait continuellement menacé de suffocation. Néanmoins il parvint à l'âge de deux ans et demi sans éprouver d'accidents. Débarrassé depuis lors de son infirmité, il ne se montra en rien différent des autres enfants de son âge, sinon qu'il était remarquable par une taille svelte et élancée.

Causes. — La polysarcie est une affection souvent héréditaire; il n'est pas rare qu'elle débute dès la plus tendre enfance; nous l'avons même vue portée au plus haut degré chez un enfant de trois ou quatre ans. En général elle commence vers la trentième année, et augmente surtout après quarante. Cette affection survient surtout chez les sujets qui mènent une vie oisive, sédentaire et qui usent d'une nourriture succulente : aussi l'observe-t-on spécialement dans la classe riche; elle est au contraire très rare chez les paysans, excepté chez ceux qui, comme les fermiers, vivent dans l'aisance. L'obésité est une infirmité très fréquente chez les gens de bureau et de cabinet, chez les ecclésiastiques, les bouchers, les charcutiers et les prisonniers. Chez ces derniers, la maladie dépend surtout du défaut d'exercice. C'est cette cause qui explique pourquoi l'obésité n'est pas rare chez les officiers de cavalerie, et même chez les simples soldats de cette arme; tandis qu'elle est beaucoup moins commune chez les fantassins, surtout parmi les individus non gradés. Les climats humides, froids, y prédisposent; on dit qu'elle est plus fréquente en Hollande, en Angleterre, en Égypte et en Italie que partout ailleurs. Enfin la castration, la perte d'un membre, etc., sont encore des circonstances qui favorisent le développement de la polysarcie.

Traitement. — Dès que l'individu manifeste une disposition à l'obésité, il faut diminuer la quantité des aliments, choisir ceux qui contiennent le moins de principes nutritifs; on donne la préférence aux légumes herbacés. On fera faire le plus possible d'exercice à pied; le sommeil sera court; on excitera toutes les évacuations, et spécialement les sueurs, les selles, les urines et le sperme. Ces moyens seront continués avec persévérance. Le vinaigre, qu'on a préconisé, et que le vulgaire emploie encore, n'a aucune efficacité, et son usage immodéré n'est pas sans danger. Dans la polysarcie locale, on aura surtout recours à la compression.

FLUX DE SALIVE, PTYALISME OU SALIVATION.

L'augmentation morbide de la sécrétion salivaire a reçu les noms de *ptyalisme* ou de *salivation*.

Le ptyalisme est un accident qui accompagne fréquemment plusieurs des maladies qui siègent dans la bouche, spécialement les diverses

formes de la stomatite et particulièrement la stomatite mercurielle, l'inflammation de la langue, des gencives, les douleurs de la dentition et même la carie des dents et des os maxillaires. Enfin, dans certains cas de trismus et de névralgies du nerf de la cinquième paire, on observe encore une salivation parfois considérable, ce dont on se rend compte dans la névralgie par l'état d'excitation des nerfs qui entourent ou pénètrent les glandes salivaires, et dans les cas de trismus, par la pression mécanique des glandes et des conduits salivaires. Je me contente de mentionner ces faits, renvoyant pour plus de détails à chacune des maladies dont le ptyalisme est un des symptômes ou un des accidents. Je ne dois m'occuper en ce moment que des cas où la salivation ne se lie à aucune lésion matérielle appréciable. Cependant, si alors le ptyalisme ne s'accompagne d'aucune altération manifeste dans les glandes salivaires, dans les parois de la bouche et les organes contenus dans cette cavité, il est rare néanmoins que l'augmentation de la sécrétion salivaire soit un état morbide tout-à-fait isolé. Presque toujours on reconnaît que la salivation se lie sympathiquement à la souffrance d'un organe plus ou moins éloigné : c'est ainsi qu'on l'a fréquemment observée dans le cours de certaines fièvres continues ou intermittentes, dans quelques névroses, comme l'hystérie, dans les cas de suppression ou de troubles quelconques survenus dans la menstruation ; chacun sait en outre que la salivation est, après les vomissements, l'accident sympathique qu'on observe le plus communément dans les premiers mois de la grossesse. Enfin il est constant que les maladies du pancréas, et surtout que les lésions organiques de ce viscère, s'accompagnent souvent d'une salivation abondante. On rencontre pourtant des cas où le ptyalisme survenant chez un sujet bien portant ne se lie à aucun état morbide bien caractérisé ; mais ces faits sont excessivement rares.

Symptômes, marche. — Le ptyalisme est caractérisé par l'afflux continuel dans la bouche d'un liquide incolore et aqueux, parfois mêlé à des mucosités. Ce liquide est en général insipide, inodore ; mais dans quelques cas, il a une saveur désagréable plus ou moins styptique, et exhale une odeur fade ou forte, et plus ou moins fétide. La salive, ainsi sécrétée en plus grande abondance, est en partie avalée, en partie rejetée par un crachement presque continuel ; enfin souvent aussi le liquide afflue en si grande quantité qu'il s'échappe involontairement et d'une manière continue par la bouche, et se répand sur les lèvres et le menton ; c'est ce qu'on observe surtout pendant le sommeil. Chez ceux qui dorment la bouche exactement fermée, toute la salive pénètre dans l'estomac ; mais lorsque la quantité du liquide est trop considérable, elle peut, en obstruant momentanément la gorge, et parfois aussi en pénétrant dans le larynx, déterminer un état de suffocation qui réveille les malades, et produit pendant quelque temps un grand état

de malaise et d'anxiété. Malgré cette supersécrétion, les glandes salivaires ne sont ni tuméfiées ni douloureuses, et la membrane muqueuse de la bouche est plutôt décolorée qu'injectée. Cependant la perte de la salive, qui peut être de 3 ou 4 kilogrammes dans les vingt-quatre heures, finit par nuire au travail de la digestion, et par produire l'amaigrissement et une diminution dans les autres évacuations, et notamment de l'urine, de la transpiration cutanée et des matières fécales.

La salivation a en général une marche continue; elle peut paraître périodiquement; et, dans ces cas, elle se lie communément à une névralgie faciale, dont les accès sont intermittents. La maladie persiste communément pendant une ou plusieurs semaines; il n'est pas très rare de la voir se prolonger pendant un ou plusieurs mois; on l'a même vue durer pendant un ou deux ans.

Il ne paraît pas que la salivation ait jamais produit la mort des malades; si quelques individus ont succombé, il faut l'attribuer aux complications. En général, le ptyalisme diminue peu à peu; d'autres fois il cesse assez brusquement par l'apparition d'une diarrhée abondante, ou par l'augmentation de la transpiration cutanée.

Traitement. — Les collutoires astringents faits avec les acides minéraux, le miel rosat, l'alun, l'acétate de plomb, avec les décoctions de tannin, de feuilles de noyer, etc., sont certainement utiles; mais ce sont là des moyens purement accessoires, car la principale indication à remplir dans le traitement du ptyalisme consiste à exciter les principales sécrétions naturelles. C'est dans ce but qu'on administre des purgatifs et des diurétiques. Enfin les bains de vapeur seront aussi très utiles, et remplaceront avec beaucoup d'avantage les substances dites sudorifiques, dont l'action est toujours plus ou moins incertaine. Tous ces moyens échouent généralement contre le ptyalisme sympathique de la grossesse; cependant quelquefois, en conseillant à la femme de conserver habituellement dans la bouche un morceau de sucre candi, une boule de gomme ou du jus de réglisse, on parvient soit à modérer réellement la salivation, soit à la rendre moins incommode pour les malades, qui avalent alors presque toute leur salive sans s'en apercevoir. Pour compléter l'histoire de la salivation, je renvoie le lecteur à l'article *Stomatite mercurielle*, p. 226.

DES FLUX BILIEUX.

Il est des individus chez lesquels un flux médiocre de bile s'établit par la bouche ou par l'anus, ou par ces deux voies à la fois. Cet écoulement insolite est souvent le seul trouble qu'on observe; d'autres fois il s'accompagne d'accidents plus ou moins graves, et constitue une maladie connue sous le nom de *choléra européen*.

Le simple flux de bile est une affection assez fréquente; son invasion est presque toujours subite, ou bien elle est précédée d'inappétence, et des signes de l'embarras gastrique ou intestinal. Les malades éprouvent bientôt des vomissements, ou des excrétions de bile verte ou jaune pure, ou mêlée à des matières muqueuses glaireuses, ou à des aliments. Ces évacuations généralement peu abondantes ne s'accompagnent presque d'aucune douleur abdominale; elles sont le plus ordinairement suivies de soulagement. Cette affection n'a qu'une durée très courte; mais elle récidive fréquemment; il est même des individus chez lesquels elle se reproduit, à des intervalles à peu près réguliers, une ou plusieurs fois chaque année. Dans ces cas, le flux bilieux constituerait, suivant une opinion vulgaire, un bénéfice de la nature, et préserverait peut-être les individus de quelque grave affection : aussi son pronostic est-il toujours favorable.

Causes. — Les flux bilieux sont observés le plus souvent pendant la saison chaude, dans les climats chauds et tempérés. Une nourriture animale y prédispose; un écart de régime peut en déterminer l'explosion; il en est de même des affections de l'âme, et surtout de la colère et de la terreur, qui ont, d'après M. Chomel, une influence non équivoque et analogue à celle que d'autres passions produisent sur la sécrétion des larmes ou de l'urine. Ainsi Fabrice de Hilden parle d'une femme chez laquelle un accès de colère faisait toujours l'effet d'un purgatif.

Traitement. — Le traitement se borne à éloigner les causes qui pourraient augmenter ou suspendre brusquement le flux bilieux. Lorsqu'il est trop considérable, ou qu'il se prolonge trop longtemps, on le modère à l'aide de boissons fraîches, gommées, acidulées, gazeuses.

DU CHOLÉRA-MORBUS SPORADIQUE OU CHOLÉRA EUROPÉEN.

Dans le choléra-morbus qu'on nomme sporadique ou européen, les malades ont des vomissements et des déjections répétées de matières bilieuses jaunes ou vertes, s'accompagnant de vives douleurs de ventre, d'une grande anxiété, d'altération profonde des traits, d'accélération et d'insensibilité du pouls, de refroidissement des membres, et parfois même de syncopes et de convulsions.

Historique. — Cette maladie est fort ancienne, car elle est mentionnée dans Hippocrate; cependant elle n'a été convenablement décrite dans les temps reculés que par Celse, Arétée et Cœlius Aurélianus. Dans les deux derniers siècles elle a fixé l'attention de plusieurs hommes éminents et surtout de Sydenham, de Bianchi, d'Hoffmann, de Cullen. Enfin les modernes ont éclairé quelques points encore obscurs de son

histoire : nous citerons surtout les travaux de MM. Geoffroy, Chauffart, Copland, J. Brown.

Caractères anatomiques. — Nous ne possédons encore aucun renseignement précis sur les caractères anatomiques du choléra européen. Les nombreux documents qui existent dans la science sont à peu près sans valeur ; car en les consultant on ne tarde pas à se convaincre que les auteurs anciens, et que même quelques modernes, comme Portal, ont rapporté au choléra une foule d'altérations qui lui sont évidemment étrangères : tels sont, par exemple, la péritonite, les étranglements intestinaux, diverses lésions aiguës ou chroniques de la rate, du foie, des épiploons, etc. Néanmoins, dans ces derniers temps, on s'est autorisé des recherches de deux de nos contemporains, MM. Graviers et Chauffart pour soutenir la nature inflammatoire de la maladie et son siége dans les organes digestifs. Cependant on a tort d'invoquer les faits du premier ; car, les ayant recueillis dans l'Inde, ils ne peuvent servir pour l'étude du choléra propre à notre climat. Les observations de M. Chauffart, ne sont pas non plus concluantes ; car, en les étudiant avec quelque attention, on ne tarde pas à se convaincre que l'auteur a attribué au choléra des affections essentiellement chroniques, telles que l'épaississement de la membrane, sa couleur ardoisée et même les ulcérations, toutes altérations qui n'ont pas le temps de se produire dans une affection qui, comme le choléra, a une marche aussi essentiellement aiguë.

Les lésions cadavériques qu'on trouve chez les cholériques sont, ou antérieures à la maladie, ou bien elles ne se développent guère que lorsque celle-ci traîne en longueur. D'ailleurs, comme l'a dit avec beaucoup de raison le savant et honorable docteur Dalmas, le peu de fixité que les altérations affectent dans leur siége leur fait perdre la plus grande partie de leur valeur.

Symptômes. — Le choléra-morbus débute ordinairement brusquement, surtout pendant la nuit et au milieu d'une santé parfaite ; d'autres fois il présente des prodromes consistant surtout dans un malaise général, dans l'endolorissement du ventre, accompagné de soif, de perte d'appétit et de flatuosités. Bientôt les malades éprouvent simultanément des vomissements et des déjections douloureuses et répétées ; ces vomissements sont formés d'abord d'aliments à moitié digérés, puis d'un liquide aqueux, glaireux, bilieux, puis enfin de bile pure ; mais rarement ils sont sanguinolents. Les matières vomies sont souvent acides et brûlent à la gorge ; les déjections sont douloureuses, difficiles ; elles s'accompagnent d'une sensation de brûlure, d'érosion, de déchirures, parfois atroces, dans le ventre surtout au voisinage de l'ombilic ; elles ont lieu simultanément avec les vomissements ou bien elles alternent avec eux. Les matières rendues par le rectum sont muqueuses, noirâtres,

jaunes, vertes, porracées, rarement sanguinolentes; elles sont extrêmement fétides; leur expulsion est précédée ou accompagnée de ténesme, et elles produisent une sensation de brûlure en traversant l'anus. Le ventre est tantôt rétracté et tantôt plus ou moins ballonné; les douleurs parfois atroces dont il est le siége augmentent en général par la plus légère pression. Dans l'intervalle des vomissements les malades sont tourmentés par des nausées fatigantes, par des hoquets, des éructations gazeuses et des épreintes; la soif est vive, la gorge brûlante, l'anxiété extrême; les traits sont profondément altérés; les extrémités sont froides, souvent marbrées, violacées, tandis que le ventre est brûlant; le pouls est d'une fréquence et d'une petitesse extrêmes; souvent il devient imperceptible. Beaucoup de malades accusent des crampes extrêmement douloureuses dans les mollets, les muscles fléchissurs de la cuisse, aux avant-bras, aux doigts, aux orteils. Les urines sont communément peu abondantes ; parfois leur sécrétion est complétement interrompue. Enfin quelques malades éprouvent des palpitations douloureuses, des lipothymies, d'autres des convulsions. C'est lorsque la maladie est ainsi arrivée à son plus haut degré d'intensité que la face devient hippocratique; le corps se couvre de sueurs visqueuses, la voix est éteinte; le malade n'a plus la force de vomir; il est tourmenté par le hoquet et ne tarde pas à succomber.

Marche, durée. — Le choléra a ordinairement une marche continue, exacerbante. Débutant le plus souvent d'une manière brusque, il arrive en peu d'heures à son plus haut degré d'intensité, et peut se terminer au bout de douze ou vingt-quatre heures. Sa durée moyenne ne dépasse guère un ou deux jours. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il persiste au-delà de trois ou quatre. On sait que des symptômes cholériques peuvent survenir périodiquement, surtout sous le type tierce, et constituer alors une des formes de la fièvre pernicieuse; c'est ce que nous avons déjà dit en parlant de cette dernière affection.

Terminaisons. — La guérison est la terminaison presque constante du choléra européen. La convalescence est en général prompte; au bout de quelques jours les malades sont rétablis. Chose remarquable, les organes digestifs, qui avaient été le siége d'une si grande perturbation, reviennent presque aussitôt à leurs conditions normales. Dans quelques cas, au contraire, les malades conservent pendant un temps plus ou moins long un dérangement des fonctions digestives, ce qui se lie souvent à un état inflammatoire de l'estomac et des intestins. Enfin, nous avons vu que le choléra pouvait avoir une issue funeste. La mort survient communément par suite de l'épuisement qu'occasionnent et les souffrances et les évacuations excessives.

Les rechutes sont assez rares, à moins d'écarts dans le régime. Les récidives sont, au contraire, assez communes chez quelques sujets

qui, par leurs conditions hygiéniques, sont plus spécialement prédisposés à la maladie.

Diagnostic. — Diverses maladies du ventre, telles que la gastrite, l'entérite, la dysenterie, la colique de plomb, les calculs biliaires, la péritonite, les invaginations, l'indigestion et les empoisonnements donnent lieu à des accidents qu'il ne faut pas confondre avec ceux du choléra européen; cependant le diagnostic différentiel ne peut présenter aucune difficulté. Ainsi, la gastro-entérite n'a ni un début aussi brusque ni une marche aussi rapide que le choléra; elle s'accompagne de fièvre; les vomissements et les déjections, très rarement verdâtres, sont moins abondants, moins fréquents; ils déterminent moins de douleur et d'anxiété que dans le choléra. La nature des selles, dans la dysenterie, fera distinguer facilement cette affection du choléra. La colique de plomb et les étranglements intestinaux se rapprochent du choléra par les vomissements, mais ils en diffèrent par une constipation opiniâtre, qui est en effet un de leurs symptômes prédominants. Il en est à peu près de même dans la colique hépatique, qui s'accompagne de tension et de douleur dans l'hypochondre droit, et très souvent d'ictère; les accidents cessent brusquement, et ce n'est souvent qu'à cette époque que les vomissements bilieux se manifestent. Dans la péritonite, il y a de la fièvre, une douleur très vive, très superficielle, du ballonnement; des vomissements existent souvent, mais ils ne ressemblent en rien à ceux du choléra. La constipation est un symptôme très ordinaire dans la péritonite. Dans l'indigestion complète, il y a des vomissements, des selles liquides et des coliques; mais ces accidents sont consécutifs à une digestion laborieuse, laquelle s'accompagne d'un dégagement considérable de gaz fétides, ayant une saveur acide ou d'œufs pourris; les matières vomies et souvent aussi les selles sont presque entièrement formées par des aliments à moitié digérés, et leur expulsion est toujours suivie d'un grand soulagement. Le choléra offre beaucoup de ressemblance avec l'empoisonnement par les poisons irritants; cependant, dans ce dernier cas, les accidents se sont développés après l'ingestion dans l'estomac d'une substance qui a produit le plus souvent un sentiment de chaleur, de cuisson, de brûlure dans la gorge et l'œsophage, et même dans la bouche, où l'on trouve parfois des taches, des escarres, qui dénotent l'action d'un caustique. Les vomissements, au lieu de se manifester à peu près simultanément avec les évacuations alvines, précèdent, au contraire, celles-ci de plusieurs heures. Les douleurs du ventre présentent la même progression; car, bornées d'abord à l'épigastre, ce n'est qu'après un temps plus ou moins long qu'elles gagnent le reste de l'abdomen. Le choléra asiatique diffère du choléra européen par les selles et les matières vomies, qui sont blanches, par la cyanose, l'amaigrissement, le refroidissement, la voix éteinte, l'abolition de la circulation,

par la vivacité des crampes et la suppression plus complète de l'urine.

Pronostic. — Le choléra est une maladie toujours grave. Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est plus fâcheux aux deux extrêmes de la vie et chez les individus qui sont déjà atteints de quelque affection chronique des voies digestives. Le refroidissement du corps, l'absence du pouls, l'aphonie, sont des accidents qui doivent faire redouter une issue fâcheuse.

Etiologie. — Le choléra européen n'apparaît guère qu'à la fin de l'été, c'est-à-dire pendant les mois d'août et de septembre; une chaleur humide en favorise le développement. On le rencontre plus souvent dans les provinces méridionales, telles que l'Espagne, l'Italie et la Grèce, que dans les pays du centre, et surtout du nord. On a dit que le choléra affectait plus souvent les hommes que les femmes, qu'il sévissait surtout dans la période moyenne de la vie, et qu'il atteignait de préférence les individus qui ont les attributs du tempérament bilieux; cependant aucune de ces assertions n'est encore justifiée par aucun résultat numérique. Dans la plupart des cas, le choléra éclate sans qu'on puisse découvrir l'action d'aucune cause déterminante; d'autres fois la maladie peut survenir après une secousse morale, comme un accès de colère, l'emploi intempestif d'un éméto-cathartique, et plus souvent après l'ingestion de certains aliments, comme la chair de porc, les crabes, les œufs de brochet; certains fruits, comme le melon, l'ananas. On a vu également le choléra se déclarer chez des individus qui avaient bu des vins nouveaux, des boissons glacées, pendant que le corps était en sueur. Enfin, l'exposition du corps aux intempéries de l'air, à la fraîcheur des nuits, ou bien encore l'inspiration de miasmes putrides, a plusieurs fois été la seule cause efficiente du choléra. Cette maladie peut affecter un grand nombre d'individus à la fois, et régner presque épidémiquement, comme on l'a vu à Varsovie en 1701, et à Londres en 1669 et 1676 (Sydenham).

Traitement. — Les antiphlogistiques, que l'école physiologique avait essayé de mettre en vogue dans le traitement du choléra, sont presque toujours contre-indiqués par l'état du pouls et des forces des malades. La pratique des anciens, qui voulaient qu'on respectât pendant quelque temps les vomissements et les évacuations alvines, parce qu'ils supposaient que la nature se débarrassait d'un produit irritant, était également vicieuse. Nous croyons, au contraire, que la première indication à remplir consiste à arrêter les vomissements et les selles, et à calmer les phénomènes spasmodiques et nerveux qui tourmentent les malades à un si haut degré. La glace et l'opium sont les deux agents thérapeutiques qu'il convient d'employer dans ce but : ainsi les malades prendront une boisson acidule ou faiblement aromatique et glacée; elle leur sera donnée par cuillerée. En même temps on prescrit l'extrait

gommeux d'opium en pilules à la dose de 5 à 10 centigrammes tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, suivant l'intensité plus ou moins grande des douleurs. On continue l'administration du remède jusqu'à ce qu'on obtienne un effet sédatif. On pourra en même temps agir directement sur les intestins en injectant dans le rectum un quart de lavement fait avec une décoction de guimauve, d'amidon, ou une solution de gomme adragant, additionnée de 12 à 25 gouttes de laudanum de Sydenham. En même temps le malade sera placé dans son lit : on lui recommande l'immobilité ; on rappelle ou on entretient la chaleur aux extrémités par des frictions aromatiques irritantes, et mieux encore par l'application de la chaleur artificielle, et par des cataplasmes sinapisés. Les doses d'opium qu'on prescrit seront d'autant plus fortes et plus rapprochées que les douleurs sont plus vives, les spasmes plus forts, les évacuations plus nombreuses. Celles-ci sont parfois tellement répétées que les médicaments séjournent à peine dans les organes digestifs ; souvent même leur ingestion devient la cause déterminante de nouvelles évacuations. Dans ces cas si graves, il faudrait se hâter d'appliquer sur le ventre un vésicatoire avec de la pommade ammoniacale, et s'en servir pour introduire dans l'économie un sel de morphine, en commençant par 3 ou 5 centigrammes. Lorsque la maladie a une heureuse issue, il convient de continuer le même traitement pendant plusieurs jours ; on diminuera seulement la quantité d'opium.

Le traitement précédent s'applique au plus grand nombre des cas. Quelques personnes ont voulu qu'on s'abstînt de l'opium dans le traitement du choléra sporadique des très jeunes enfants ; ainsi M. le docteur Ménard conseille de n'employer chez eux que les boissons à la glace ; si les enfants sont à la mamelle, il ne leur rend le sein que lorsque les évacuations ont complétement cessé. D'ailleurs il ne laisse téter aux enfants que quelques gorgées à la fois. Ce traitement est rationnel, et dans ce climat, il mérite sans contredit la préférence à celui qu'on emploie en Amérique dans de pareilles circonstances, et qui consiste dans l'usage combiné des vomitifs et du calomel. Lorsque les malades sont en convalescence, il faut surveiller leur alimentation, car la plupart des rechutes sont produites par des erreurs de régime

Il est quelques accidents consécutifs qui réclament l'emploi de divers moyens : ainsi il est des individus chez lesquels tous les symptômes du choléra ont cessé, sauf les vomissements, qui persistent ; l'absence de fièvre, de soif, de douleur à l'épigastre, exclut dans ces cas l'idée d'une gastrite. Ces vomissements dépendent uniquement d'un état spasmodique ; ils cèdent à l'emploi d'une boisson aromatique ou gazeuse, ou à quelques cuillerées de sirop d'éther ou à l'emploi des toniques et des amers ; quand ils résistent à ces moyens, on applique un vésicatoire à l'épigastre, qui en triomphe presque toujours.

Nature. — Les anciens, en prétendant que le choléra était une sorte d'empoisonnement produit par une altération de la bile, avaient émis une opinion hypothétique, et qui n'a été justifiée ni par les recherches de la chimie ni par l'anatomie pathologique. L'ouverture des cadavres a également prouvé que le choléra n'était pas une variété de la gastro-entérite; c'est ce qui est aussi bien démontré par la marche de la maladie, qui débute en général brusquement, et qui, après une durée courte, se termine rapidement, souvent même presque instantanément : or, ce n'est point là la marche qu'on observe dans les phlegmasies de quelque organe que ce soit. En analysant les symptômes principaux du choléra, on est conduit à considérer cette affection comme un flux actif qui se fait à la surface gastro-intestinale suivant un mécanisme encore inconnu.

DE LA POLYURIE.

Synonymie. — *Hydrurie;* polydipsie; *diuresis;* diabète insipide ou faux diabète, etc.

La *polyurie* est une maladie caractérisée par une émission très abondante d'urines aqueuses ayant une faible pesanteur spécifique, et qui ne contiennent aucun principe sucré; les malades sont en outre tourmentés par une soif excessive qui les oblige à ingérer une très grande quantité de boissons. C'est en raison de ce symptôme prédominant que quelques auteurs ont donné à cette affection le nom de *polydipsie;* d'autres en plus grand nombre en ont fait une variété du diabète, et l'ont désignée sous les noms de *diabète insipide* ou *faux diabète.* Cependant nous dirons plus tard que quelques diabètes insipides appartiennent au diabète véritable, puisqu'il existe alors dans l'urine un sucre de fécule qui est masqué seulement par sa combinaison avec d'autres substances. Ces cas exceptés, nous croyons que la polyurie doit comprendre à peu près tous les faits décrits autrefois sous la dénomination de *diabète insipide* ou *non sucré.*

Symptômes. — Dans la polyurie, les malades peuvent rendre des quantités d'urine plus considérables que dans le diabète; mais elles n'ont plus la même composition. Dans l'affection dont je traite actuellement, ce liquide est clair, limpide, à peine coloré, plus ou moins semblable à de l'eau filtrée, peu ou point odorant; il est neutre ou légèrement acide; la chaleur et l'acide nitrique ne le troublent pas; il a une pesanteur spécifique variant à l'aréomètre de Baumé entre 0,0 et 2,0, et en moyenne 0,4. La quantité de boisson que les malades prennent est en rapport avec cette exagération de la sécrétion urinaire. Il est, en effet, des individus auxquels il faut deux ou trois seaux de liquides pour étancher leur soif. Celle-ci est presque incessante, et la plupart des malades se réveillent souvent pendant la nuit pour obéir aux

besoins impérieux de boire et d'uriner (Lacombe). Au milieu d'un trouble si remarquable, les digestions se font bien ; l'appétit est tantôt conservé, tantôt augmenté, rarement diminué : les malades préfèrent pour la plupart une alimentation végétale et les boissons acidules. La bouche est pâteuse, la salive rare ; il existe une sensation de sécheresse dans la bouche et le pharynx ; il y a vers l'estomac un sentiment de gêne, comme dans le besoin exprimé par la faim (Lacombe). Les fonctions respiratoires et circulatoires sont à l'état physiologique ; la peau est généralement sèche et rugueuse ; les malades sont impressionnables au froid ; ils ont généralement peu d'embonpoint ; cependant leurs forces sont conservées, et ils ont presque l'aspect extérieur de la santé.

Marche, durée, terminaisons. — Cette affection, qui commence souvent dans l'enfance, va en augmentant jusqu'après la puberté, puis elle reste stationnaire. Lorsque la polyurie affecte les adultes, elle acquiert en peu de jours son summum d'intensité (Lacombe). Les saisons n'ont aucune influence sur les principaux symptômes de la maladie, tandis que le développement d'une affection fébrile produit pendant toute sa durée une diminution dans l'intensité de la soif (Lacombe). La polyurie a une durée indéterminée ; elle est rarement moindre de plusieurs années, et se prolonge souvent pendant toute la vie. Lorsqu'elle cesse, la guérison n'est le plus souvent qu'éphémère. Les récidives sont fréquentes. Il ne paraît pas que cette maladie ait jamais occasionné la mort ; cependant elle laisse les individus dans un état habituel de faiblesse, et lorsqu'elle commence dans l'enfance ou pendant la puberté, elle peut, comme nous l'avons vu une fois, retarder le développement régulier du corps.

Diagnostic. — On ne pourrait confondre la polyurie qu'avec le diabète ; mais elle en diffère par la composition des urines, par l'influence différente qu'elle a sur l'état de l'embonpoint et des forces, par la longueur de la maladie, qui n'est peut-être jamais funeste.

Pronostic. — Si la polyurie ne compromet pas prochainement l'existence, elle n'en doit pas moins être considérée comme une maladie fâcheuse, en raison de la persistance et de l'état maladif qu'elle entretient pendant toute la vie.

Causes. — Les causes de la polyurie sont inconnues. Cette maladie affecte plus fréquemment les sujets lymphatiques et scrofuleux ; les hommes semblent en être un peu plus fréquemment atteints, et l'âge adulte est celui qui y prédispose le plus. D'après un fait que M. Lacombe rapporte dans son excellente thèse inaugurale, il semble que la polyurie peut se montrer héréditaire dans certaines familles.

Traitement. — Le traitement de la maladie dont je viens de parler est encore à trouver. On a tour à tour essayé, sans avantages, les antiphlogistiques, les émétiques, les narcotiques, les toniques, les mar-

tiaux, les astringents et les antispasmodiques, le régime végétal et animal, etc.

DU FLUX DE LAIT OU GALACTIRRHÉE.

Un flux immodéré de lait, amenant une altération plus ou moins grave dans la santé de la femme, caractérise la *galactirrhée* ou *galactorrhée*. Cette maladie affecte les nourrices ou les femmes qui ont sevré récemment.

Symptômes. — Le lait est sécrété et s'écoule en grande abondance par le fait de la succion de l'enfant, ou bien indépendamment de cette excitation, c'est-à-dire d'une manière spontanée; le flux s'opère alors spécialement quelques heures après les repas. Les linges dont la femme se garnit sont traversés. Cette excrétion peut s'accompagner de douleurs et de tiraillements vers les mamelles et les aisselles. Quoique ces pertes aient pour effet d'augmenter d'abord l'appétit, on ne tarde pourtant pas à remarquer que la femme pâlit, maigrit, et que les forces déclinent; bientôt elle est essoufflée, oppressée, elle est tourmentée par des palpitations; l'appétit diminue ou cesse; enfin une fièvre hectique s'allume, des accidents colliquatifs, tels que la diarrhée et la sueur, surviennent et accélèrent la terminaison fâcheuse. Cependant il est plus commun encore que ces derniers accidents soient symptomatiques de la présence des tubercules pulmonaires dont la galactorrhée a été la cause occasionnelle. Sans cette complication, et sous l'influence seule d'un régime convenable, le flux du lait peut cesser, et la santé se rétablir.

Le *diagnostic* de la maladie ne présente aucune difficulté; son *pronostic* peut être grave si le flux est spontané, considérable, et si la constitution est détériorée.

Causes. — La galactorrhée dépend le plus souvent de la trop forte excitation des seins produite par un enfant vorace, ou par l'allaitement de plusieurs nourrissons à la fois, ou bien encore par un allaitement trop prolongé. La maladie a paru aussi survenir quelquefois par l'abus des excitants, d'une alimentation trop réparatrice, ou bien, au contraire, par suite de la mauvaise constitution des individus.

Traitement. — La première indication consiste à sevrer l'enfant, non brusquement, ce qui aurait des inconvénients, mais lentement et en ayant soin de ne donner le sein que très longtemps après les repas. On soutient et on relève les forces par une alimentation réparatrice, à laquelle on associera souvent, avec avantage, l'usage des ferrugineux. Les seins seront soutenus convenablement, et l'on exercera sur eux une légère compression. Les femmes ne feront aucun effort; elles devront surtout s'abstenir d'exécuter des mouvements avec les membres supérieurs. Enfin on produira des révulsions par des pédiluves, par des

laxatifs, par les diurétiques et les sudorifiques ; le petit-lait de Weiss remplit plusieurs de ces indications. Lorsque, nonobstant le sevrage de l'enfant, la galactorrhée continue, on a proposé de faire des lotions vineuses aromatiques sur les seins, ou de les oindre avec un liniment camphré.

DE LA SPERMATORRHÉE.

Synonymie. — Pollutions, pertes séminales.

Sous le nom de *spermatorrhée* on doit comprendre les écoulements plus ou moins abondants et répétés de sperme se faisant hors des circonstances qui les provoquent ordinairement (coït ou masturbation) et s'opérant spontanément sans aucune excitation ou par l'effet d'un stimulant qui serait insuffisant dans l'état de santé. Cependant, comme les effets fâcheux qu'on observe sur la constitution sont les mêmes, quelle que soit la manière dont l'excrétion du sperme s'opère, que celle-ci soit spontanée comme dans les pollutions, ou qu'elle soit provoquée par des excès de femmes ou par la masturbation, nous réunirons dans cet article tous les accidents qui peuvent résulter des abus vénériens, de quelque manière qu'on s'y livre.

Historique. — Les accidents qu'entraînent à leur suite les excès vénériens ont fixé de tout temps l'attention des observateurs. Ainsi Hippocrate en a donné une description succincte dans son deuxième livre *De Morbis* sous le nom de *consomption dorsale ;* Celse ne les a pas oubliés non plus dans son Livre sur la conservation de la santé ; mais le tableau le plus effrayant qu'on trouve dans l'antiquité est celui qui a été tracé par Arétée. Ce sujet important fixa plus spécialement l'attention des médecins pendant les deux derniers siècles : ainsi Hoffmann, Sénac, de Gotter, Van-Swiéten, Storcq, Gaubius, s'en sont occupés. Tout le monde connaît la célébrité du livre de Tissot ; mais c'est avec raison qu'on a reproché à cet auteur d'avoir exagéré les fâcheux résultats de la masturbation, en présentant comme des effets ordinaires les accidents les plus graves, et qui n'arrivent fort heureusement que dans des cas exceptionnels. Par conséqnent la lecture du livre de Tissot ne peut être utile pour le médecin, et elle est pernicieuse pour l'onaniste, qui, ne ressentant pas ordinairement les incommodités que l'auteur signale, croit qu'on a voulu seulement l'effrayer. Le traité que M. Deslandes a publié sur le même sujet, il y a peu d'années, n'offre pas les mêmes inconvénients, et il a le mérite d'être peut-être un peu plus scientifique que celui de Tissot. Mais le livre le plus remarquable est, sans contredit, celui du professeur Lallemand de Montpellier, sur *les pertes séminales.* Cet ouvrage, dans lequel l'auteur a un peu trop souvent donné essor à sa brillante imagination, n'en est pas moins une œuvre remar-

quable ; car le livre de M. Lallemand est rempli de faits pratiques, d'aperçus ingénieux, de pensées généreuses et éminemment philosophiques. Sa lecture eût été plus attrayante encore si l'auteur avait mis un peu plus d'ordre dans la distribution de son sujet, et surtout s'il eût été plus sobre de digressions, dont la plupart ont néanmoins de l'intérêt.

Anatomie pathologique. — Nous ne possédons aucun renseignement précis sur l'état des organes génitaux chez les sujets qui succombent à la spermatorrhée. M. Lallemand a prétendu pourtant qu'on trouvait chez eux des traces d'inflammation dans les vésicules séminales, les canaux éjaculateurs et la prostate; des érosions, des ulcérations ou des cicatrices à l'orifice de ces conduits, etc. Mais les faits, au nombre de neuf, rapportés par le professeur de Montpellier ne sont pas concluants, puisque rien ne prouve qu'une spermatorrhée ait existé *sur aucun* des individus dont les organes génitaux internes ont présenté diverses altérations toutes consécutives à des phlegmasies anciennes.

Symptômes. — Il est des pollutions utiles ; ce sont celles qui se manifestent de temps en temps pendant la nuit, dans des rêves lascifs, chez les adolescents ou les adultes qui vivent dans la continence ; elles remédient alors à une pléthore spermatique, et sont généralement suivies de soulagement et d'un sentiment de bien-être. On a même cité des états graves de l'économie qui avaient promptement cédé après une ou plusieurs de ces pollutions (P. Frank, Sainte-Marie). Mais il n'en est plus de même si les écoulements de sperme se font à des intervalles rapprochés, soit que la perte de semence ait lieu dans l'action du coït ou qu'elle soit provoquée par la masturbation, soit enfin qu'elle soit tout-à-fait spontanée comme dans les cas de pollutions. Celles-ci peuvent survenir primitivement chez des individus continents; plus souvent elles se déclarent chez des personnes qui ont abusé du commerce des femmes ou se sont livrés immodérément à la masturbation. Elles commencent presque toujours par avoir lieu seulement pendant la nuit; mais à mesure qu'elles se répètent, les phénomènes d'excitation qui les précédaient et les accompagnaient autrefois diminuent ou cessent. L'émission de la semence se fait alors spontanément sans être provoquée par rien, sans que la verge soit en érection complète ; souvent même le pénis reste tout-à-fait flasque; l'éjaculation est faible ou bien le sperme s'échappe en bavant sans que le malade en ressente le moindre plaisir. Au lieu de s'écouler au-dehors, le liquide peut s'épancher en totalité ou en partie dans la vessie et être rendu plus tard dans la première émission d'urine; c'est ce qui arrive quand il existe un rétrécissement considérable de l'urètre dans les portions bulbeuse ou prostatique, ou lorsque par suite de cicatrices ou d'adhérences vicieuses l'orifice des conduits éjaculateurs est dévié et porté en arrière. Dans tous ces cas les accidents sont les mêmes; en effet, que le sperme se soit écoulé au-

dehors ou qu'il se soit épanché dans la vessie, son émission hors des vésicules séminales s'accompagne de brisement dans les membres, d'une grande faiblesse, de céphalalgie, de torpeur et de somnolence; les individus, à leur réveil, sont courbaturés et inaptes à se livrer à leurs occupations si elles nécessitent quelques efforts intellectuels ou musculaires.

Cependant ce n'est pas seulement pendant la nuit que les pollutions ont lieu, on les observe encore fréquemment dans l'état de veille; elles se font alors surtout pendant la défécation ou l'émission des urines. Chez d'autres elles sont provoquées par l'équitation ou par des efforts, par le moindre attouchement ou le plus léger frottement du gland. Dans ces cas le sperme peut être facilement reconnu à sa consistance, à sa couleur et à son odeur; mais à mesure que les pollutions se répètent, la liqueur séminale change d'aspect et devient plus ou moins séreuse; il importe donc de déterminer la nature du liquide à l'aide du microscope. L'emploi de cet instrument est surtout indispensable dans les cas où le sperme s'échappe pendant l'émission des urines. On a dit qu'on pouvait alors reconnaître l'existence de la spermatorrhée par la nature du dépôt qui se formait dans le vase où les urines avaient été rendues. Ainsi, suivant M. Lallemand, on verrait d'abord des corpuscules transparents, irrégulièrement sphériques, d'un volume variable et assez semblables à des grains de semoule. Quand la maladie est ancienne on ne trouve plus ces granulations; il existe seulement alors un nuage épais, homogène, blanchâtre, parsemé de petits points brillants qui occupent les couches inférieures, et qu'on a comparés au dépôt qui se forme dans une décoction d'orge ou de riz un peu concentrée. Mais, comme on le conçoit, ces dépôts n'ont rien de caractéristique; il faut donc rechercher par le microscope s'ils contiennent des animalcules spermatiques.

L'examen microscopique fournit d'ailleurs des résultats intéressants: ainsi, M. Lallemand a vu que, lorsque la spermatorrhée est toute récente, le fluide séminal conserve encore ses propriétés, les zoospermes ne présentent rien de remarquable sous le rapport du nombre et du volume. Mais il n'en est plus de même lorsque, par la répétition et l'abondance des pertes séminales, le sperme est devenu moins consistant et presque séreux, car alors, d'après le même observateur, les animalcules sont moins vivaces, puisqu'on les trouve morts quelques minutes après leur expulsion; ils sont parfois d'un quart ou d'un tiers plus petits qu'à l'état normal; leur queue est difficile à distinguer avec un grossissement de trois cents fois; plus tard encore les animalcules deviennent rares, et peuvent disparaître quoique la liqueur conserve encore l'odeur spermatique; alors à la place des zoospermes on ne trouve plus que des globules ovoïdes ou sphériques.

Un des premiers accidents des pollutions nocturnes ou diurnes est une diminution dans l'énergie, la longueur des érections et dans la

rapidité avec laquelle l'éjaculation se fait ; enfin peu à peu les érections sont impossibles, les malades sont alors devenus tout-à-fait *impuissants*.

Cependant les pertes séminales, en se reproduisant, finissent par produire sur l'économie tout entière des effets fâcheux : ainsi les malades pâlissent et maigrissent, ils perdent leurs forces, ils tremblent des membres, ont des pesanteurs de tête, des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles ; quelques uns ont de temps en temps des congestions cérébrales, ordinairement légères, fugaces, mais parfois alarmantes; leur vue est faible, ils sont tristes, mélancoliques ; leurs digestions sont lentes, difficiles, accompagnées d'aigreurs, de flatuosités ; enfin ils sont essoufflés, asthmatiques et sont tourmentés par des palpitations. Quelques uns éprouvent des convulsions ou de véritables accès d'épilepsie; d'autres présentent des roideurs, des contractures et de la paralysie dans les membres. Enfin, à un degré plus avancé, les malades tombent dans un état de consomption connu sous le nom de *tabes dorsalis*. Pâles, amaigris, se soutenant à peine, ces individus ressemblent à des cadavres ambulants; épuisés au physique comme au moral, leurs pieds s'infiltrent, leurs cheveux tombent, leurs sens et surtout la vue s'éteignent; ils ont du dévoiement, alternant avec de la constipation; enfin ils succombent dans le dernier degré de marasme, et quelques uns, profondément découragés, ont recours au suicide pour mettre un terme à leurs longues souffrances. Au milieu de l'appareil de symptômes graves que je viens de dépeindre, les malades sont sans fièvre ; c'est une circonstance remarquable déjà notée par Hippocrate, et sur laquelle M. Lallemand a beaucoup insisté. Les tabescents sont en effet sans fièvre, non seulement au début, mais encore à une période avancée. Un appareil fébrile, quels que soient d'ailleurs ses caractères, qui se déclare à une époque quelconque de la spermatorrhée est presque toujours l'indice d'une complication.

Marche, durée, terminaisons. — Les pollutions ont toujours une marche très irrégulière, très inégale. Elles offrent des variations journalières tout-à fait inexplicables; d'autres fois celles-ci tiennent à l'influence manifeste de quelque cause extérieure; ainsi les malades se trouvent communément mieux d'un temps humide pluvieux, tandis que la plupart souffrent davantage quand le ciel est pur et sec. D'après M. Lallemand, le printemps agirait d'une manière fâcheuse sur presque tous les tabescents, et cette exaspération des symptômes tiendrait évidemment à l'augmentation des pertes séminales. L'automne est la saison la plus favorable. Beaucoup de ces individus éprouvent un redoublement dans leurs maux, par suite d'une congestion hémorrhoïdaire, par la présence d'ascarides dans le rectum, quand la constipation se prolonge, etc. ; mais la maladie présente, en outre, une foule d'oscillations, qui paraissent inexplicables, quelque attention qu'on mette à en recher-

cher la cause. Dans les cas les plus graves, dit M. Lallemand, ces oscillations sont journalières et peu prononcées; la marche peut alors être rapide et comme *continue*, quoique toujours irrégulière. Ces spermatorrhées mériteraient d'être appelées *aiguës* si leur durée n'était encore fort longue. Quant à celles dont les rémissions ou les intermittences sont plus tranchées, on conçoit que leur influence sur l'économie diminue dans la même proportion. Les suspensions les plus complètes et les plus prolongées sont évidemment celles qui sont les plus favorables à la conservation des forces et à l'intégrité de la constitution. C'est alors que la maladie peut être regardée comme éminemment *chronique ;* les tabescents peuvent conserver pendant vingt ou trente ans et plus toutes les apparences de la santé. Ces cas se confondent d'une manière insensible avec ceux de pertes séminales, qu'on ne peut plus regarder comme morbides, puisqu'elles n'altèrent pas la santé.

La spermatorrhée a peu de tendance à se terminer spontanément. Il semble que les progrès de l'âge, en ralentissant la sécrétion spermatique, doivent diminuer la fréquence et l'abondance des pollutions. Cela est généralement vrai; mais la moindre évacuation de liqueur séminale dans la vieillesse produit beaucoup plus de faiblesse qu'aux autres périodes de la vie; de sorte que, quoique la maladie ait diminué, ses effets constitutionnels restent à peu près les mêmes. Beaucoup de pollutions cèdent quand on fait disparaître certaines causes d'excitation qui les entretiennent ou qui les ont fait naître. Enfin on en voit qui se dissipent peu à peu par l'usage régulier du coït; mais cela n'a guère lieu qu'au début, quand les fonctions ne sont pas encore altérées, et lorsque les pollutions sont l'effet de la continence. Mais quand la consomption est véritablement établie, les rapports sexuels sont plus nuisibles qu'utiles (Hippocrate, Lallemand). En résumé, dit M. Lallemand, les pertes séminales, arrivées au point de constituer une maladie, ont plus de tendance à s'aggraver qu'à diminuer spontanément; l'habitude seule suffirait pour en rendre la guérison de plus en plus difficile.

L'épuisement causé par les pertes séminales peut être porté au point d'occasionner la mort. Ces malheureux succombent alors dans une syncope ou avec les symptômes d'une congestion cérébrale; toutefois ces faits sont excessivement rares. Presque tous les tabescents, après être restés longtemps languissants, sont emportés par une maladie aiguë ou chronique intercurrente, qui généralement alors suit une marche beaucoup plus rapide, en raison de l'état constitutionnel du sujet.

Accidents consécutifs. — On exagérerait les effets pernicieux des abus vénériens, si on les regardait comme des causes très actives de lésions viscérales graves; il ne me paraît pas, en effet, que la spermatorrhée produise souvent, camme on l'a dit, comme semble aussi le croire M. Deslandes, des affections organiques du cœur, du cerveau, de l'estomac, etc.

Les troubles fonctionnels qu'on observe vers ces organes sont presque toujours purement nerveux. Les excès vénériens sont, en effet, une cause très active de toutes les maladies qui consistent dans un trouble profond des fonctions nerveuses d'un ou plusieurs organes, sans que ceux-ci soient le siége d'aucune lésion matérielle. Ainsi la masturbation chez les enfants et les adolescents occasionne souvent l'épilepsie et la chorée ; à un âge plus avancé, les pertes séminales peuvent produire la manie, la lypémanie, la démence et l'hypochondrie, indépendamment des autres troubles nerveux qui, comme les palpitations, l'essoufflement, les gastralgies, les dyspepsies, la paralysie des sens ou des membres et les contractures musculaires, ne se lient non plus à aucune lésion organique, ainsi que le prouve leur cessation rapide, quand la spermatorrhée est guérie.

Diagnostic. — Le diagnostic des pertes séminales présente souvent beaucoup d'obscurité. Peu de malades les dissimulent ; mais il en est beaucoup qui en ignorent l'existence, et qui, rattachant à d'autres causes les accidents qu'ils éprouvent, induisent souvent le médecin en erreur.

Les pertes séminales ne peuvent être confondues avec les écoulements chroniques de l'urètre, de la prostate ou des glandes de Cowper ; car ceux-ci sont *lents*, *continus*, *uniformes*, tandis que dans les pertes séminales le sperme sort *subitement en quantité notable* chaque fois et à des intervalles plus ou moins rapprochés ; et, dans aucun cas, on ne le voit s'écouler d'une manière continue ou goutte à goutte (Lallemand). Lorsque des pertes séminales viennent compliquer des écoulements chroniques de l'urètre, on voit alors un suintement continuel ; puis, soit spontanément, soit à l'occasion d'un effort, etc., un écoulement plus abondant se fait tout-à-coup. Celui-ci a une odeur particulière ; il est suivi des symptômes qui accompagnent chaque excrétion morbide de sperme. Enfin, l'examen microscopique fait cesser tous les doutes en démontrant l'existence des zoospermes.

Lorsque les pollutions sont internes, c'est-à-dire lorsque le sperme, en raison surtout d'un rétrécissement de l'urètre, en avant de l'orifice des conduits éjaculateurs, n'est plus expulsé au-dehors, mais s'épanche dans la vessie, on pourrait aisément méconnaître l'existence de la maladie. Cependant, lorsque chez un individu qui s'affaiblit, qui maigrit et devient impuissant, on ne trouve aucune lésion organique pour expliquer ces accidents ; lorsqu'on apprend par l'interrogatoire des malades qu'une ou plusieurs fois le jour, à la suite des efforts de défécation, ou bien le matin à leur réveil, ils éprouvent ce malaise, cette céphalalgie, ces étourdissements, cette faiblesse, ce brisement des membres, qui accompagnent les émissions morbides de sperme, on devra soupçonner cette affection, et pour éclairer les doutes, il faudra recueillir l'urine, la

laisser déposer, et, après l'avoir décantée, examiner au microscope la nature du dépôt qu'on trouve au fond du vase. On agira de même chez les libertins et les masturbateurs, qui ne se rétablissent pas, quoiqu'ils aient cessé de se livrer à leurs excès ou à leur coupable habitude; car dans ces cas, il est très commun que le rétablissement de la santé soit empêché par des pertes séminales qui se sont établies souvent à l'insu des malades.

Nous avons vu que les sujets atteints depuis longtemps de pertes séminales finissent par éprouver de la dyspnée, des palpitations, des étourdissements, de la dyspepsie, de la paralysie, des contractures des membres, accidents qui ont souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic, et ont fait croire à l'existence de maladies du cœur, des poumons, du cerveau, de la moelle, de l'estomac. M. Lallemand, dans son important ouvrage, parle d'un grand nombre de malades qui, par suite de ces méprises, commises souvent par des hommes très expérimentés, eurent à souffrir des traitements longs et douloureux, et qui ne faisaient qu'empirer leur état. On ne commettra pas des erreurs aussi préjudiciables si on s'habitue de bonne heure à ne jamais négliger d'étudier les phénomènes qui se passent du côté des organes génitaux. Enfin, le diagnostic de la spermatorrhée étant établi, il faudra examiner la cause qui l'a produite.

Pronostic. — Les pertes séminales constituent toujours une affection grave, en raison des atteintes que la santé générale en éprouve, et parce qu'elles produisent souvent l'impuissance. D'ailleurs, la gravité du pronostic sera proportionnée à l'ancienneté de la maladie, à l'influence plus ou moins fâcheuse qu'elle a exercée sur la constitution, et enfin à la facilité avec laquelle on peut combattre et détruire la cause qui a produit l'affection.

Etiologie. —Les pertes séminales reconnaissent une infinité de causes. On les observe fréquemment chez des individus qui se sont livrés à la masturbation ou qui ont abusé du commerce des femmes. La continence, surtout chez des individus qui ont le sens génésique très développé, amène souvent le même résultat. La maladie est parfois l'effet de causes directes, c'est-à-dire de causes qui agissent immédiatement sur les organes génitaux, telles sont l'accumulation des fèces dans le rectum, l'abus des drastiques, la présence d'un grand nombre d'oxyures, ou d'hémorrhoïdes, une induration squirrheuse du rectum, affections qui toutes semblent agir en excitant les contractions des vésicules séminales. D'autres fois, ce sont des maladies qui produisent un état d'irritation ou d'excitation sur les conduits éjaculateurs, et qui, en se propageant ensuite jusqu'aux vésicules séminales, les provoquent à se débarrasser du sperme qu'elles contiennent. Telles sont l'accumulation insolite de la matière sébacée du prépuce, l'herpès *præputialis*, l'inflammation chronique de l'urètre, et surtout de sa portion prostatique. Enfin, les pertes séminales

peuvent survenir chez des sujets affaiblis par le jeûne et les veilles, les méditations profondes, les chagrins, ou bien encore chez les individus qui nourrissent sans cesse leur imagination d'idées lascives. On trouve, dans l'ouvrage de M. Lallemand, des faits qui démontrent la réalité de chacune des causes que je viens d'examiner.

Traitement. — La première indication est de faire cesser les causes qui donnent lieu à la spermatorrhée. C'est ainsi qu'il existe des faits nombreux dans la science qui prouvent qu'il a suffi de vaincre une constipation opiniâtre, d'expulser des oxyures, d'exciser des hémorrhoïdes ou une bride du rectum, de guérir un *herpes præputialis*, d'empêcher l'accumulation de la matière sébacée autour du gland, etc., etc., pour faire cesser presque aussitôt des pertes séminales qui existaient depuis longtemps et avaient souvent exercé la plus fâcheuse influence sur la constitution. M. Lallemand a également prouvé que les pertes séminales qui dépendaient d'un état d'inflammation chronique de la membrane muqueuse urétrale, surtout de sa portion prostatique, guérissaient lorsqu'on modifiait cette surface par la cautérisation avec le nitrate d'argent. Dans ces cas, pourtant, l'amélioration n'est pas toujours immédiate ; elle n'arrive en effet souvent que plusieurs semaines après : aussi ne doit-on recourir à une nouvelle cautérisation qu'au bout d'un mois et même de six semaines. Ce traitement convient surtout dans les cas où les pertes séminales ont été consécutives à des blennorrhagies. On constate l'état maladif du canal à l'aide du cathétérisme. Le bec de la sonde, en effet, en arrivant sur la portion de la membrane muqueuse qui est altérée, y excite une vive douleur.

Il faut commencer aussi par éloigner tout ce qui pourrait provoquer l'excitation des organes génitaux : ainsi on renoncera aux lectures érotiques, on évitera la société des femmes. Cependant, dans quelques cas, il sera utile que les malades se livrent de temps en temps au coït, surtout si les pertes séminales sont l'effet de la continence. Les malades coucheront sur la paille ou le crin, et conserveront autant que possible le décubitus sur un des côtés. On conseillera les distractions, les promenades, un régime doux, l'abstinence des mets échauffants, épicés, des liqueurs alcooliques. On tiendra le ventre libre ; la vessie sera vidée plus souvent, surtout pendant la nuit. Les moyens qui précèdent conviennent toutes les fois que la constitution n'est pas encore affaiblie et que les pertes séminales existent avec un état d'excitation. La conduite sera bien différente lorsque la spermatorrhée, remontant déjà à une époque éloignée, les individus sont très affaiblis, et lorsque l'écoulement de sperme semble s'opérer d'une manière toute passive. Il faut alors recourir aux toniques, aux aliments nutritifs, à la fécule, au vin généreux, aux ferrugineux, au lait et aux boissons glacées, aux bains frais, aux bains de mer, aux lotions froides et aromatiques sur le périnée, sur la verge et le

scrotum, aux lavements froids, aux douches sur les lombes, le sacrum, le périnée. Quelquefois la susceptibilité des organes digestifs est telle que les malades ne peuvent être soumis immédiatement à une alimentation réparatrice; on commencera alors par leur donner les bouillons d'écrevisses, de grenouilles et de tortue; le lait de vache, d'ânesse, et même le lait de femme.

Il est des remèdes qui jouissent d'une réputation populaire pour réveiller les organes génitaux et faire cesser l'impuissance : tels sont le phosphore et surtout les cantharides. Mais l'utilité de ces moyens est très contestable; M. Lallemand même n'hésite pas à les proscrire comme ayant l'inconvénient d'exciter les pertes séminales. Le galvanisme n'offre pas le même danger : M. Lallemand l'a employé quelquefois avec beaucoup d'avantage. On doit, dans les cas qui en permettent l'usage, établir le courant entre les lombes et les pubis ou le périnée. Il paraît aussi que quelques spermatorrhées atoniques, après avoir résisté à toutes les médications, ont cédé assez rapidement à l'emploi de l'ergot de seigle, administré à la dose de 30 à 120 centigrammes par jour. Toutefois l'utilité de ce remède n'est pas encore suffisamment établie.

Le commerce des femmes a pu être utile à quelques tabescents pour rompre des habitudes de masturbation ou pour faire cesser des pollutions nocturnes entretenues par une continence trop absolue; mais, hors ces cas, le coït est pernicieux pour ces malades. Il ne suffit pas cependant, ainsi que l'a établi M. Lallemand, que les tabescents observent matériellement la continence, il faut encore qu'ils s'efforcent de rester moralement chastes en éloignant de leurs sens, de leurs pensées, tout ce qui peut éveiller des préoccupations érotiques. La moindre imprudence de ce genre, dit encore le célèbre professeur de Montpellier, leur est aussi funeste qu'une indigestion, un excès de boisson, et une équitation trop forte. Cependant il arrive une époque où les rapprochements sexuels doivent être permis et même ordonnés; mais on ne peut, avec Hippocrate, fixer aucun terme à la continence. La conduite à tenir sera ici subordonnée à l'état général du sujet. Quelquefois même il pourra être utile de conseiller le rapprochement sexuel à certains intervalles et avant la guérison complète, afin de prévenir des pollutions nocturnes.

Prophylaxie. — La prophylaxie des excès vénériens varie suivant que ceux-ci sont l'effet du coït ou de la masturbation. Il n'y a guère que les adultes et les jeunes gens qui aient la possibilité de se livrer au coït avec excès. Pour les préserver des dangers qu'ils courent, il faut parler à leur raison, leur dépeindre sous les couleurs les plus sombres les périls auxquels ils s'exposent; si la chose est possible, on leur créera des obstacles aux rapports sexuels, et on les soumettra au régime dont nous allons parler pour la masturbation, dans le but de diminuer le plus pos-

sible la sécrétion du sperme et l'excitation des organes génitaux. Mais les bons conseils, les moyens moraux et religieux ont rarement de l'efficacité pour faire cesser chez les jeunes gens la pernicieuse habitude de la masturbation. Tous les appareils de coercition imaginés sont insuffisants ou dangereux; la surveillance la plus assidue, la plus intelligente, est mise en défaut. Dans ces cas, pour diminuer l'activité des organes génitaux, on doit surtout compter sur les exercices corporels tels que les promenades, la gymnastique, la natation, l'escrime; car, ainsi que l'a dit avec juste raison M. le professeur Lallemand, aucune surveillance, aucun principe de religion ou de morale ne sauraient avoir des effets aussi sûrs qu'une fatigue journalière qui amène chaque soir, au moment où les masturbateurs se livrent à leur manœuvre, un besoin urgent de repos qui diminue la sécrétion du sperme, l'influence des organes génitaux et l'empire de l'imagination. Que faire pourtant lorsque l'hygiène, les moyens moraux, religieux, coercitifs et jusqu'aux châtiments ont tout-à-fait échoué? que faire d'un adolescent qui, trompant une surveillance de tous les instants, se livre avec une sorte de fureur à une pratique qui épuise déjà la constitution? Dans ce péril il ne faut pas hésiter à adopter un parti qui, sans doute, est un mal, mais un mal bien moins grand que celui qu'on veut combattre. C'est ce que J.-J. Rousseau a admirablement exprimé dans les lignes suivantes: « Défiez-vous de l'instinct, il serait dangereux qu'il apprît à votre élève à donner le change à ses sens et à suppléer aux occasions de les satisfaire; s'il connaît une fois ce dangereux supplément, il est perdu. Sans doute il vaudrait mieux encore... Si les fureurs d'un tempérament ardent deviennent invincibles, mon cher Émile, je te plains; mais je ne balancerai pas un moment, je ne souffrirai pas que la fin de la nature soit éludée. S'il faut qu'un tyran te subjugue, je te livre par préférence à celui dont je veux te délivrer; quoi qu'il arrive, je t'arracherai plus aisément aux femmes qu'à toi. » L'opinion du grand philosophe est aussi celle de tous les médecins expérimentés qui se sont occupés du sujet dont nous traitons ici. MM. Deslandes et Lallemand l'ont adoptée dans leurs ouvrages avec une grande franchise; cependant il importe de dire ici avec le savant professeur de Montpellier qu'il arrive un moment où cette puissante ressource échappe elle-même, parce qu'on a trop longtemps attendu. La perversion de l'instinct génital est alors portée au point que toute femme est prise en aversion, en dégoût.

CINQUIÈME GENRE DE SÉCRÉTIONS MORBIDES.

DES PNEUMATOSES OU SÉCRÉTIONS GAZEUSES.

Sous l'influence de certains états morbides, des gaz peuvent être exhalés dans les parties qui normalement ne doivent point en contenir. Ou bien certains organes qui, comme les intestins, en renferment normalement, peuvent en produire une quantité plus considérable qu'à l'état physiologique, d'où résultent divers accidents ou troubles fonctionnels. C'est à cette accumulation insolite de fluides élastiques qu'on donne le nom de *pneumatose*. Les gaz qu'on trouve ainsi infiltrés ou accumulés dans nos organes ou nos tissus n'ont pourtant pas toujours été exhalés par eux. Ainsi ils peuvent être formés par l'air atmosphérique qui s'est introduit par quelque ouverture naturelle ou accidentelle ; d'autres fois ils résultent de la décomposition de certaines substances solides ou liquides ; ailleurs enfin, c'est un des organes qui renferment naturellement de l'air ou des gaz qui se rompt ou se perfore, et permet aux fluides élastiques de s'épancher ou de s'infiltrer dans les parties voisines.

D'après le titre de ce chapitre il ne devrait point être question ici de cette dernière sorte de pneumatose ; néanmoins, comme les symptômes et les troubles fonctionnels diffèrent peu, quelle que soit la manière dont l'accumulation gazeuse se produit, nous croyons convenable, pour éviter des répétitions inutiles, de rapprocher des pneumatoses par exhalation celles qui sont traumatiques.

DE L'EMPHYSÈME.

On donne le nom d'*emphysème* à l'infiltration d'un gaz dans le tissu cellulaire. Cette maladie est caractérisée par une tuméfaction plus ou moins considérable, élastique, sans changement de couleur des parties qui, comprimées, font entendre une crépitation particulière, caractéristique, semblable au bruit qu'on obtient en froissant du parchemin ou une vessie sèche. L'emphysème occupe le plus souvent le tissu cellulaire sous-cutané et parfois aussi le tissu cellulaire sous-muqueux tel que celui qui double la conjonctive ou bien encore celui qui sépare les tuniques intestinales, plus rarement le tissu cellulaire sous-séreux et surtout celui des épiploons ; il est probable que dans ces derniers cas l'emphysème constitue une lésion purement cadavérique.

On a divisé l'emphysème en *traumatique* et en *spontané*. Le premier, qui est le plus ordinaire, succède aux plaies contuses et surtout à toutes les solutions de continuité qui intéressent les fosses nasales, le larynx, la trachée, les poumons et le tube digestif. Dans les cas beau-

coup plus rares où le gaz est exhalé par le tissu cellulaire lui-même, on dit que l'emphysème est *spontané*. On a vu celui-ci survenir quelquefois après l'impression du froid, à la suite d'une émotion morale, d'une attaque d'hystérie, dans le cours d'une fièvre continue, éruptive, à la suite d'une excitation de la peau, comme après des frictions irritantes ou d'une contusion de cette membrane; enfin, plus souvent encore l'emphysème spontané se déclare dans une partie mortifiée ou à son voisinage; la gangrène est, en effet, la cause la plus ordinaire de l'emphysème spontané et circonscrit.

L'infiltration des gaz dans le tissu cellulaire est ordinairement borné à un espace plus ou moins circonscrit; cependant, dans beaucoup de cas, l'emphysème peut être presque général, c'est-à-dire qu'il envahit successivement toute ou presque toute la périphérie du corps. C'est alors seulement qu'il s'accompagne d'accidents plus ou moins graves; il y a, en effet, de l'anxiété, de l'oppression et des accidents d'asphyxie, dépendant, dit-on, de ce que l'emphysème se propage aux poumons eux-mêmes. Mais une pareille issue est rare, et dans la plupart des cas la maladie a une heureuse terminaison, soit qu'on pratique une issue artificielle au gaz, soit que le fluide soit résorbé; on a vu l'emphysème se montrer ainsi et disparaître alternativement plusieurs fois. D'après les caractères que nous venons d'énumérer, il sera facile de distinguer l'emphysème de l'œdème, qui est la seule affection avec laquelle on pourrait le confondre. Celui-ci néanmoins diffère du premier par l'absence de crépitation, et parce que la partie conserve l'impression du doigt. L'emphysème ne présente, en général, aucune gravité par lui-même : son pronostic n'est fâcheux que lorsqu'il est devenu général, ou lorsqu'il est symptomatique de la gangrène.

Le traitement de l'emphysème simple consiste dans la compression et l'application de quelques topiques résolutifs; si ces moyens sont inutiles, si la distension des tissus est trop considérable, et si l'emphysème continue à envahir de nouvelles parties, on donnera issue aux gaz infiltrés en pratiquant sur la peau des incisions ou des mouchetures.

L'emphysème qui se développe après la mort est un phénomène annonçant la décomposition putride; il commence à une époque plus ou moins éloignée; dans certains cas, à peine quelques heures se sont-elles écoulées depuis le moment de la mort, que déjà la peau est partout soulevée par un fluide élastique. Cette production rapide de l'emphysème se remarque surtout à la suite des asphyxies par le gaz des fosses d'aisances, ou bien après les maladies charbonneuses pestilentielles, et quelquefois aussi sur les cadavres des individus emportés par la fièvre typhoïde.

DE L'EMPHYSÈME INTERLOBULAIRE DES POUMONS.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de la maladie improprement nommée *emphysème vésiculaire* des poumons; car cette affection, anatomiquement caractérisée par la dilatation des vésicules, doit être rapprochée de quelques lésions analogues affectant d'autres organes; nous en renvoyons donc l'histoire ailleurs. Mais nous dirons ici quelques mots d'une affection qui seule mériterait de conserver le nom d'emphysème, et qui consiste, en effet, en une infiltration d'air dans le tissu cellulaire qui sépare les lobules pulmonaires; de là le nom d'*emphysème interlobulaire* sous lequel il est généralement connu depuis Laënnec, qui en a tracé la première description.

Anatomie pathologique. — Quand de l'air est infiltré dans le tissu cellulaire intervésiculaire et sous-pleural, on voit à la surface des poumons des saillies irrégulières, dont le volume varie depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une noix, d'un œuf, et plus : ainsi M. Bouillaud a vu l'air former une poche tellement grosse, qu'elle ressemblait à un estomac. Quand on presse ces saillies avec les doigts, on les déplace, et on fait aisément cheminer sous la plèvre l'air qu'elles contiennent. Cependant, comme Laënnec l'observe, l'air, quoique réellement hors des vésicules, ne peut souvent être déplacé par la pression, lorsque, s'étant extravasé au point de réunion des cloisons, il se creuse dans ce point une petite cavité, qui se dessine à la surface du poumon sous forme de lozange ou de triangle sans saillie notable. Quand l'emphysème est très étendu, les poumons ne s'affaissent pas; ils semblent à l'étroit dans la poitrine, et crépitent d'une manière toute particulière quand on les presse avec les doigts. L'infiltration gazeuse des poumons peut gagner l'un et l'autre médiastin, et se propager même à une partie du corps.

Symptômes. — On ignore encore complétement les signes auxquels on peut reconnaître un emphysème interlobulaire. Laënnec avait assigné à cette affection, comme phénomènes pathognomoniques, un *râle crépitant à grosses bulles*, qu'il comparait à la crépitation que donne l'emphysème cutané quand on le comprime, et le *bruit de frottement.* Mais ces deux signes d'auscultation appartiennent bien moins à l'emphysème qu'à des complications : ainsi le râle dont Laënnec parle n'est autre, suivant nous, comme d'après MM. Louis et Stokes, que le râle sous-crépitant ordinaire, se liant à l'existence d'une bronchite concomitante; de même aussi le bruit de frottement dépend de la formation récente de fausses membranes pleurétiques. Il ne paraît pas que cet emphysème détermine les accès de dyspnée qu'on observe dans les cas de dilatation des vésicules. On ignore complétement les résultats fournis

par la percussion et par l'inspection. Enfin on a regardé comme un signe de rupture des vésicules pulmonaires la manifestation subite d'un emphysème sous-cutané, survenant à la suite d'efforts de toux, ou dans un accès de dyspnée, et qui, commençant à la partie antérieure et inférieure du cou, envahirait ensuite toute ou presque toute la périphérie du corps. Mais rien ne prouve d'une manière certaine qu'il y ait alors emphysème des poumons, attendu que l'accident dont nous parlons peut tout aussi bien résulter d'une éraillure de la trachée et des bronches. L'emphysème intervésiculaire survenant brusquement à l'occasion d'un effort ou d'une vive émotion morale, et envahissant une grande étendue des poumons, a plusieurs fois produit une mort subite. Des cas de ce genre ont été publiés par les docteurs Hunt, Ollivier (d'Angers), Pillore, Prus. D'ailleurs ces faits pathologiques s'accordent avec les expériences faites jadis par M. Leroy d'Etiolles, qui, insufflant de l'air dans les bronches des lapins avec assez de force pour déchirer un certain nombre de vésicules pulmonaires, faisait périr ces animaux avec autant de promptitude que s'il leur avait coupé la moelle allongée. L'emphysème interlobulaire est une lésion traumatique; il est produit par la rupture des vésicules dilatées ou des vésicules saines, à l'occasion d'un accès de toux, d'un effort ou d'une émotion de l'âme. Rien ne prouve, ainsi que Laënnec l'a supposé, que dez gaz puissent être exhalés spontanément dans le tissu cellulaire des poumons.

L'emphysème interlobulaire ne pouvant être diagnostiqué, il est inutile de rechercher quel doit être le traitement à lui opposer.

PNEUMATOSE DU TUBE DIGESTIF.

Le tube digestif contient naturellement une certaine quantité de gaz qui semblent destinés à favoriser le cours des matières alimentaires, et qui sont expulsés par la bouche et surtout par l'anus à des intervalles plus ou moins éloignés. Mais lorsque les gaz sont produits en plus grande abondance, ils sont cause de divers accidents, ou tout au moins de certaines incommodités que l'homme de l'art doit savoir prévenir et combattre.

Source des gaz; causes qui les produisent. — Les gaz contenus dans le tube digestif proviennent de plusieurs sources. Ainsi l'air s'introduit dans l'estomac pendant la respiration, et surtout pendant la déglutition de la salive et des aliments; en outre des fluides élastiques sont produits pendant l'acte même de la digestion, soit qu'ils proviennent d'une certaine altération que les aliments subissent, soit plutôt qu'ils dépendent d'une exhalation de la membrane muqueuse (1). C'est ce qu'on

(1) L'exhalation des gaz par la muqueuse digestive est prouvée par l'expérience

voit, par exemple, dans beaucoup d'indigestions et chez un grand nombre de ceux qui ont seulement les digestions difficiles, qui se nourrissent de farineux ou qui abusent d'aliments peu stimulants comme les substances mucilagineuses, la gélatine et les viandes de jeunes animaux. Chez d'autres, la pneumatose intestinale est l'effet d'une disposition héréditaire. Mais les gaz sont surtout exhalés en très grande abondance dans la plupart des affections nerveuses des organes digestifs, ou bien dans le cours d'autres névroses, dans l'hypochondrie, et spécialement pendant les accès d'hystérie; ou bien enfin à la suite de perturbations nerveuses, telles que celles que produisent des émotions morales vives. Dans tous les cas la production des gaz se fait indépendamment de tout état inflammatoire ou congestif de la membrane muqueuse. Les pneumatoses intestinales accompagnent même fort rarement les gastro-entérites; on les observe pourtant quelquefois dans la dysenterie (Pringle). Nous avons vu aussi que c'était un phénomène ordinaire dans la fièvre typhoïde; mais il résulte des recherches de M. Louis que la pneumatose dans ces conditions est indépendante de l'état de la muqueuse du colon, et qu'elle ne provient pas non plus de la putridité des matières fécales. L'exhalation plus abondante des gaz intestinaux se lie, au contraire, très souvent à l'inflammation du péritoine. C'est ainsi que dans la péritonite et surtout dans celle qui est puerpérale, nous avons noté la grande abondance des gaz intestinaux. Enfin ceux-ci existent encore en quantité parfois considérable dans toutes les lésions qui rétrécissent le calibre des intestins, soit que dans ces cas l'accumulation dépende de ce que les gaz ne sont plus expulsés, soit qu'elle résulte surtout d'une plus grande activité dans la sécrétion: il est probable que ces deux causes agissent simultanément.

Nous ne savons suivant quel mécanisme les gaz sont exhalés: sont-ils produits de toute pièce, ou bien est-il vrai que le sang en contienne, et alors sont-ils seulement exhalés par la muqueuse? ce sont là des questions insolubles. Cependant une expérience de Bichat semble prouver que des gaz absorbés par la peau peuvent ensuite être exhalés à la surface des organes digestifs.

Siége et composition des gaz. — Lorsque les gaz sont en grande quantité, ils occupent presque également tout le canal digestif; cependant, dans la plupart des cas, on les trouve spécialement, et parfois même exclusivement, accumulés dans le cœcum, dans les colons ascendant et transverse, et dans l'S iliaque. La composition de ces gaz varie

suivante faite par MM. Magendie et Gérardin. Si, chez un animal vivant, on tire par une plaie du ventre une anse intestinale, et si, après l'avoir exactement vidée et l'avoir comprimée entre deux ligatures, on la replace dans l'abdomen, au bout de peu de temps on la trouvera de nouveau plus ou moins distendue par des gaz.

suivant les points des organes digestifs où on les recueille, et suivant l'état général des sujets : ainsi, dans l'estomac, c'est de l'air atmosphérique, contenant seulement une plus forte proportion d'acide carbonique; dans l'intestin grêle, c'est un mélange d'azote, d'hydrogène et d'acide carbonique; dans le gros intestin, indépendamment des gaz que je viens de nommer, on trouve encore de l'hydrogène carboné ou sulfuré ; il n'y a jamais d'oxigène. La proportion de l'acide carbonique augmente à mesure qu'on se rapproche davantage du rectum. Enfin, dans l'état de maladie, l'azote et l'hydrogène sont les deux gaz qui sont le plus souvent exhalés (Chevillot), et la proportion d'hydrogène sulfuré augmente également beaucoup.

Incommodités et accidents produits par les gaz intestinaux. — En général, l'accumulation insolite de gaz dans le tube digestif produit un état de malaise dans le ventre plutôt qu'une douleur véritable ; les malades ont des borborygmes ; le ventre est plus ou moins tendu ; il résonne davantage à la percussion, présente souvent des irrégularités passagères dans sa forme, dues aux contractions péristaltiques des intestins distendus. Enfin, les gaz sont rendus par la bouche ou l'anus, et cette expulsion est généralement suivie de soulagement. Lorsque les gaz sortent par la bouche, ils forment ce qu'on nomme des éructations. Ils sont en général inodores ; ils ont le goût d'œufs pourris dans les indigestions ; parfois ils sont en si grande abondance qu'ils sortent sans interruption pendant plusieurs minutes, et il n'est pas rare alors qu'ils entraînent avec eux une portion des aliments, qui arrivent dans la bouche par régurgitation. Les gaz qui sortent par l'anus sont en général plus ou moins fétides ; leur excrétion est le plus souvent spontanée ; d'autres fois elle est provoquée par les efforts, par les cris, par les émotions morales, par certains mouvements.

Lorsque les gaz, au lieu d'être expulsés, sont retenus dans le canal digestif, ils produisent des accidents qui varient suivant les points où ils sont accumulés, et suivant le degré de distension des parties. Rien ne prouve que des gaz puissent, comme on l'a dit, dilater, distendre une portion de l'œsophage, qui serait alors spasmodiquement contracté au-dessus et au-dessous. Mais fréquemment les gaz distendent l'estomac ; ils produisent alors de l'anxiété, ils gênent la respiration ; il y a des bâillements; l'épigastre est tendu, très sonore ; il est le siége de crampes, d'une douleur plus ou moins vive, et les liquides ingérés semblent franchir difficilement le cardia. Enfin, il y a parfois des lypothymies et des palpitations.

Lorsque les gaz sont accumulés dans les intestins, le ventre acquiert un volume considérable ; il est tendu. Si on le percute, il résonne comme un tambour : de là sans doute le nom de *tympanite intestinale*, sous lequel on désigne cette affection. En palpant le ventre avec soin,

on distingue souvent le relief que forment les anses intestinales distendues, des bruits plus ou moins intenses se font entendre; il existe des douleurs abdominales désignées sous les noms de *coliques venteuses;* les lavements ne peuvent parfois pénétrer; enfin, on remarque encore d'autres accidents dépendants de la compression de quelques organes. Ainsi, lorsque les gaz distendent beaucoup le colon transverse, l'estomac est comprimé, et des vomissements ont lieu; le diaphragme est refoulé vers le péritoine, ce qui produit une grande anxiété, beaucoup de dyspnée, et même la mort par asphyxie, comme M. Piorry l'a démontré par ses expériences sur les animaux. La compression de la vessie produit la dysurie ou rend les excrétions de l'urine plus fréquente. On a vu une fois le vagin et l'utérus être refoulés au-dehors, et Van-Swiéten a observé un œdème de la jambe gauche produit par la compression de la veine iliaque correspondante. Les gaz n'occupent parfois qu'un point très circonscrit de l'intestin, comme le cœcum, ou bien une ou deux anses intestinales; l'on voit alors se dessiner à travers les parois du ventre une tumeur arrondie, sonore, élastique, douloureuse, le plus souvent mobile, et devenant de temps en temps le siége de borborygmes.

Après être restés accumulés pendant un temps plus ou moins long, les gaz finissent par être expulsés, tantôt peu à peu, tantôt abondamment par la bouche et l'anus à la fois; c'est ce que quelques auteurs, et Sydenham en particulier, ont désigné assez improprement sous le nom de *choléra sec;* souvent des matières liquides sont entraînées avec les gaz. Il est certain que, dans un grand nombre de cas, la pneumatose intestinale cesse par suite de l'absorption des gaz. C'est ainsi qu'on voit souvent des météorismes considérables disparaître peu à peu sans qu'aucun fluide élastique ait été expulsé par la bouche et par l'anus. Les anciens avaient attribué de graves accidents et même la mort à cette absorption; mais rien ne justifie leurs craintes. Les faits qu'ils ont rapportés en leur faveur sont insuffisants, et l'on est étonné qu'un homme aussi éclairé que M. Baumès les ait encore invoqués aujourd'hui pour soutenir la même opinion.

L'estomac et les intestins distendus outre mesure et d'une manière permanente peuvent finir par se rompre; mais cette rupture n'a guère été observée que lorsque les parois étaient déjà ulcérées, ramollies ou gangrenées; c'est alors au niveau de l'altération que la rupture s'effectue. On a dit aussi que quelquefois les deux tuniques internes seulement se rompent ou s'éraillent; les gaz s'infiltrent alors dans le tissu cellulaire sous-séreux; mais, dans ces cas, la tunique péritonéale ne tarde pas elle-même à se rompre.

Quelle que soit la cause qui ait produit la pneumatose intestinale, on voit cette affection récidiver avec la plus grande facilité.

Diagnostic, valeur séméiotique. — La sonorité exagérée du ventre à la percussion fera reconnaître que le volume de cette cavité ne dépend pas d'une accumulation de sérosité dans le péritoine. C'est encore spécialement par la percussion et par l'inspection du ventre qu'on déterminera quels sont les points des organes digestifs où les gaz se sont spécialement ou exclusivement accumulés.

Le dégagement insolite de gaz qui revient à des intervalles plus ou moins rapprochés indique le plus souvent un état d'atonie des organes digestifs. Si ce dégagement se fait dans les jours qui suivent un accouchement, la sollicitude de médecin devra être éveillée; car le météorisme est souvent le premier et quelquefois même le seul symptôme local d'une péritonite. En dehors de l'état puerpéral, le météorisme est extrêmement rare dans le cours des maladies aiguës, à l'exception de la fièvre typhoïde, dont il constitue un des symptômes les plus fréquents : aussi une accumulation assez considérable de gaz dans le tube digestif survenant dans le cours d'une affection fébrile devra toujours porter le médecin à rechercher s'il n'existe pas une lésion des glandes de Peyer. Le météorisme existe-t-il d'une manière permanente, quoique à différents degrés, chez un sujet bien portant, il indique d'une manière presque certaine qu'il existe dans un point du tube digestif un obstacle quelconque qui gêne le cours des matières. Si tout le ventre est ballonné à un haut degré, on soupçonnera que l'obstacle siège à la partie inférieure des organes digestifs, et on ne devra jamais manquer alors de porter le doigt dans le rectum.

Pronostic. — La pneumatose intestinale, dégagée de toute complication, ne constitue qu'une incommodité; mais il n'en est plus de même lorsqu'elle est portée à un très haut degré. Cet accident aggrave toujours le pronostic de toutes les affections intestinales dans lesquelles on l'observe, et particulièrement de l'iléus, de la péritonite et de la fièvre typhoïde.

Traitement. — Les personnes qui sont sujettes à la pneumatose intestinale devont s'abstenir de manger des aliments indigestes, des farineux; ils mâcheront bien, ils boiront de préférence les vins de Bordeaux et de Bourgogne, s'abstiendront des vins blancs et surtout des vins mousseux, et généralement de tous les vins nouveaux; ils éviteront après les repas la fatigue, les contentions d'esprit, et généralement tout ce qui peut troubler la digestion; ils entretiendront la liberté du ventre, et feront un exercice modéré, moyen dont Fodéré a démontré l'utilité. Chez beaucoup de malades dont les digestions sont lentes, on conseille l'usage, après le dîner, de quelque boisson aromatique, comme la camomille, le thé, le café; mais les liqueurs sont généralement nuisibles. Enfin, dans les mêmes conditions, on retire souvent de bons effets de l'usage de la flanelle, des frictions sèches, surtout sur la peau du ventre,

des bains aromatiques et des bains de mer. C'est lorsque la pneumatose paraît ainsi s'être développée par suite d'une atonie des organes digestifs qu'on emploiera pour la prévenir, comme pour la combattre, lorsqu'elle existe, les substances dites *carminatives*, dont les principales sont l'angélique, l'anis, l'absinthe, la menthe, la mélisse, la camomille, la cannelle, la cascarille, les écorces d'orange et de citron, etc. On donne ces substances en infusion, ou bien on prend fréquemment aussi leur eau distillée ou leur huile essentielle. On les prescrit à l'intérieur, ou bien on les met en fomentation sur le ventre. Leur emploi est contre-indiqué par l'existence d'une phlegmasie des organes digestifs; dans ce cas, les antiphlogistiques seuls conviennent. Lorsque la pneumatose est consécutive à une névrose douloureuse, ces mêmes moyens peuvent être utiles; mais il convient de les faire précéder par l'emploi des préparations opiacées. Dans quelques cas, la concentration d'une forte chaleur sur le ventre détermine l'expulsion des gaz; d'autres fois on obtient le même effet par des applications froides ou même glacées. Quelques médecins ont abusé des purgatifs; nous croyons que ces médicaments ne conviennent que dans les cas de constipation. Ils diminuent aussi très souvent le météorisme qui survient dans la fièvre typhoïde et la péritonite puerpérale. Quant aux médicaments dits *absorbants*, tels que les matières calcaires, la craie, la poudre de coquilles, celles de nacre, les écailles d'huître, les yeux d'écrevisses, l'os de sèche, la magnésie, etc., ils paraissent tout-à-fait inertes; cependant la magnésie pourrait être utile dans les cas où la distension de l'intestin serait surtout produite par l'acide carbonique; mais peut-être alors retirerait-on plus d'avantage de l'ammoniaque donnée en potion et en lavement. La médecine vétérinaire a appris, en effet, combien cette substance était utile pour combattre la distension gazeuse de la panse chez les ruminants.

Lorsque le ballonnement du ventre est extrême et lorsque les gaz sont surtout accumulés dans le gros intestin, il conviendra de porter dans le rectum, et jusque dans le colon, une sonde œsophagienne; on injectera ensuite quelques grammes de liquide pour déboucher les yeux de l'instrument. Si les gaz ne s'échappent pas alors spontanément, on adaptera à la sonde un corps de seringue; retirant ensuite le piston, on produit un mouvement d'aspiration qui provoque souvent l'expulsion immédiate d'une grande quantité de gaz. Mais on a rarement besoin de recourir à ces derniers moyens dans les cas de pneumatoses idiopathiques, tandis qu'on les applique presque exclusivement aux pneumatoses symptomatiques d'un obstacle au cours des matières. Trop souvent pourtant il arrive que ces moyens restent sans effet; la distension devient alors extrême: dans ces cas désespérés, quelques personnes ont proposé la ponction des parois intestinales par un petit trois-quarts. Cette opération a été faite une fois par M. Maisonneuve et une autre fois par M. Baumès

sans qu'il en soit résulté aucun épanchement dans l'abdomen. Cependant l'expérience n'a pas encore prononcé sur elle : nous croyons qu'on ne peut être autorisé à la pratiquer que dans les cas où tous les moyens rationnels ayant échoué, la distension des intestins est devenue telle, qu'une péritonite est imminente, et que les parois intestinales sont sur le point de se déchirer ; M. Baumès partage la même opinion.

DU DÉVELOPPEMENT SPONTANÉ DES GAZ DANS LES ORGANES DE LA CIRCULATION SANGUINE.

Quelques médecins, tels que Pechlin, Groets, Ruisch, Morgagni dans sa 5e Lettre, et tout récemment M. Ollivier (d'Angers), ont avancé que quelques morts subites étaient produites par le dégagement d'un fluide élastique dans les organes de la circulation sanguine, et surtout dans le cœur. Les faits rapportés par les médecins que je viens de citer ne sont pas tous également concluants; cependant ceux observés par Groets, par Ruisch et par M. Ollivier ne permettent pas de révoquer en doute qu'il n'y ait des morts subites produites par la cause dont je parle. Dans ce cas la mort est instantanée; quelquefois elle est précédée d'une douleur déchirante vers le cœur, d'un état passager de syncope et d'un tremblement convulsif des membres et du tronc qui ne dure que quelques secondes. On ne trouve à l'ouverture des cadavres aucune lésion organique appréciable, mais seulement une accumulation d'un fluide élastique dans les cavités droites du cœur : aussi, en les percutant, on produit une résonnance comparable à celle que donne l'estomac ou tout autre organe creux distendu par de l'air. Enfin, le sang contenu est rouge, écumeux et combiné avec des bulles de gaz. Les accidents observés pendant la vie, comme les lésions trouvées après la mort, sont à peu près identiques à ceux qu'on observe sur les animaux chez lesquels on a injecté de l'air dans les veines, ou bien encore à ceux qui se produisent chez l'homme lorsque l'air atmosphérique pénètre brusquement dans une veine ouverte pendant une opération.

Dans la plupart des faits rapportés par les auteurs, et spécialement dans ceux que M. Ollivier a observés, on ne peut considérer la présence d'un fluide élastique dans le cœur comme un phénomène cadavérique, puisqu'il n'existait aucun signe extérieur de décomposition putride, et que le sang, lui-même, n'offrait aucun indice d'altération septique : tout concourt à prouver que les gaz ont alors été formés pendant la vie. Mais suivant quel mécanisme sont-ils produits? Dirons-nous, avec Mery, que l'air atmosphérique peut passer en nature des ramifications bronchiques dans les veines pulmonaires? La chose est peu probable. Il nous semble plus rationnel de supposer que l'air, et particulièrement l'acide carbonique, qui, d'après les recherches de Magnus, existe tout formé

dans le sang veineux et en proportion considérable (1), se sépare dans certains états pathologiques encore indéterminés. Toutefois, il paraît que l'état de faiblesse des sujets y prédispose ; peut-être même la formation d'un gaz dans le système circulatoire est-elle une des causes de la mort chez les sujets qui ont éprouvé d'abondantes hémorrhagies. On sait, en effet, que quelques personnes, et le docteur Rerolles en particulier, paraissent avoir trouvé, comme Mery et Littre, une certaine quantité de fluide élastique chez les hommes et les animaux qui avaient succombé après une perte de sang considérable (2). Cependant ce fait n'est pas encore incontestable. Enfin, nous terminerons en disant, avec M. Ollivier, que, quelle que soit la cause qui donne lieu au dégagement d'un fluide élastique dans le sang pendant la vie et quelle que soit la nature de ce gaz, il n'est pas douteux, d'après la rapidité de la mort, qu'il tue de la même manière que l'air qui pénètre accidentellement par l'ouverture d'un tronc veineux voisin du cœur ; c'est-à-dire que la vie s'éteint alors par la brusque interruption de la circulation pulmonaire, et par l'impossibilité du retour du sang dans les cavités droites, qui sont distendues par un air plus ou moins raréfié.

PNEUMATOSES DES VOIES URINAIRES ET GÉNITALES.

1° *Voies urinaires.* — Je ne crois pas qu'il existe dans la science une seule observation authentique qui prouve que la membrane muqueuse des voies urinaires ait jamais exhalé des gaz ; mais les fluides élastiques qu'on y trouve quelquefois y ont été accidentellement introduits. L'air extérieur pénètre rarement dans les organes génito-urinaires de l'homme, en raison de la longueur, de l'obliquité et de l'étroitesse du canal de l'urètre. Cependant il arrive parfois qu'après l'opération du cathétérisme et lorsque toute l'urine contenue dans la vessie a été évacuée, qu'une certaine quantité d'air s'introduit par la sonde et est ensuite expulsée lors de la première émission d'urine. Hors ce cas, la sortie des gaz par le canal de l'urètre chez l'un et l'autre sexe indique presque toujours qu'un des organes urinaires, et surtout que la vessie, communique avec le rectum ou une anse d'intestin grêle.

2° *Pneumatoses des parties génitales de la femme.* — Il est des femmes qui, dans quelques mouvements du corps, comme dans l'action d'incliner le tronc, rendent par la vulve une certaine quantité de gaz qui s'échappent avec plus ou moins de bruit (*rot vaginal*). C'est ce qu'on n'observe guère que chez les femmes dont le vagin est large et béant,

(1) *Journal de Chimie*, n° de novembre 1837, p. 507. La quantité d'acide carbonique équivaut à un cinquième du sang employé.

(2) Thèse de Paris, 1832, n° 129.

chez celles qui portent un pessaire, ou bien pendant l'acte du coït, ce qui permet à l'air extérieur de s'introduire dans le vagin et parfois même jusque dans l'utérus. Le même phénomène a lieu aussi lorsqu'il existe une fistule recto-vaginale. Dans aucun de ces cas, les fluides élastiques n'ont été exhalés par la muqueuse. Mais il arrive quelquefois que la cavité du col étant obstruée, des gaz sont véritablement exhalés dans l'utérus; c'est ce qui constitue une affection connue sous les noms de *tympanite utérine vraie*, ou de *physométrie*.

Rare dans l'état de vacuité, la physométrie se développe presque toujours pendant la grossesse ou peu après l'accouchement: ainsi elle survient surtout dans des cas où des portions de fœtus ou de délivre, ou bien encore des caillots sanguins retenus dans la matrice ont subi une fermentation putride. L'utérus forme alors une tumeur proportionnée à la quantité de fluides élastiques qu'il contient; il résonne à la percussion. Des vents, en général fétides, et qui quelquefois peuvent s'allumer à la flamme d'une bougie, s'échappent spontanément, ou bien leur sortie est provoquée lorsque, ayant porté le doigt dans le vagin, on débarrasse le col des caillots fibrineux qui l'obstruent. En général, le ventre s'affaisse peu après, et l'utérus, frappé d'inertie, revient peu à peu sur lui-même. Presque toujours la physométrie qui dépend des causes que nous avons indiquées s'accompagne de symptômes adynamiques et nerveux plus ou moins graves en raison de la résorption des matières putrides contenues dans la cavité utérine.

Il existe aussi dans la science quelques cas plus rares que les précédents de physométrie *essentielle*, c'est-à-dire des cas dans lesquels le gaz est exhalé par les parois utérines elles-mêmes, et exemptes de toute lésion matérielle appréciable. Cette sécrétion morbide spontanée s'est presque toujours faite dans des utérus non fécondés. La quantité des gaz allant toujours en augmentant, la matrice augmente peu à peu de volume en suivant souvent la même progression que dans une grossesse régulière. Arrivée à un certain volume, l'utérus proémine alors à l'hypogastre ou même jusqu'à l'ombilic. La percussion pratiquée sur lui donne un son tympanique, et si, à l'aide du doigt porté sur le museau de tanche, on cherche à refouler l'organe en haut, on peut constater qu'il a une pesanteur spécifique peu considérable, et qui n'est nullement en rapport avec son volume. Les femmes ressentent aussi de la pesanteur, et parfois des douleurs dans le ventre et un état de malaise; chez la plupart, les règles se suppriment, et plusieurs éprouvent les phénomènes sympathiques qui accompagnent la plupart des grossesses: aussi il est souvent arrivé que ces femmes se sont crues grosses. Dans ces cas, on voit de temps en temps des gaz s'échapper en certaine quantité par la vulve, et cette émission être suivie d'un affaissement proportionné de la tumeur. Mais le plus souvent les vents s'échappent brusquement, en une

seule fois, et en faisant entendre un sifflement, un bruit prolongé et parfois très considérable. C'est ainsi qu'on a vu des femmes qu'on croyait parvenues au cinquième ou septième mois de leur grossesse, éprouver tout-à-coup par la vulve une éruption considérable de gaz inodores, suivie presque aussitôt de la disparition de la tumeur utérine et de tous les phénomènes sympathiques qui avaient fait croire à l'existence d'une grossesse. Telle est la terminaison ordinaire de la maladie.

La physométrie peut être confondue avec la grossesse, avec l'hydrométrie ou avec la tympanite intestinale. Cependant on la distinguera facilement de la grossesse par l'absence du ballottement, des bruits placentaires et fœtaux, ainsi que par la légèreté de la tumeur, qui donne un son complétement clair quand on la percute. Le contraire a lieu dans l'hydrométrie et toutes les fois que le développement de l'utérus est produit par un corps solide ou liquide. Enfin, on distinguera la tympanite utérine de l'intestinale, en ce que dans celle-ci la distension et la sonorité tympanique occupe tout le ventre, ou est surtout marquée sur le trajet du colon; on sent le relief que forment les anses intestinales distendues; de plus le toucher fait reconnaître que l'utérus a son volume ordinaire ou qu'il est rempli par un autre produit que par un fluide élastique.

La physométrie n'offre par elle-même aucun danger.

Le traitement de la physométrie consiste à enlever l'obstacle qui s'oppose à l'excrétion des gaz. Lorsque la maladie survient après l'accouchement, c'est presque toujours un caillot : aussi le doigt porté dans le col suffit pour le détacher et l'entraîner. Aussitôt après, il faudra, à l'aide d'une sonde en gomme élastique, faire pénétrer dans le corps de l'utérus des liquides émollients, détersifs, chlorurés. On entretiendra la plus grande propreté; on exercera une douce pression sur le ventre à l'aide d'un bandage de corps; enfin on prescrira un traitement approprié aux symptômes généraux. Dans les cas de physométrie essentielle, on pourrait peut-être essayer de dilater mécaniquement le col. Le meilleur moyen serait d'introduire dans sa cavité un petit morceau d'éponge fine et sèche.

PNEUMATOSES DES MEMBRANES SÉREUSES ET SYNOVIALES.

On a trouvé des gaz épanchés dans la cavité de toutes les membranes séreuses et dans la plupart des synoviales. Ces fluides élastiques sont produits fréquemment après la mort, et sont alors le résultat de la décomposition putride, ou bien ils se sont épanchés pendant la vie. Dans ce dernier cas, ils ont été rarement sécrétés ou exhalés par la membrane séreuse ou synoviale; mais ils proviennent ou de la décomposition des fluides épanchés, ou de la communication de la cavité avec l'exté-

rieur, à l'aide d'une plaie ou avec un organe qui contient naturellement de l'air ou un gaz quelconque, tel que les poumons et le tube digestif. Nous n'avons rien à dire sur les gaz qu'on rencontre parfois à l'autopsie dans les cavités articulaires, ainsi que dans les méninges cérébrales et rachidiennes, car tout porte à penser que ces infiltrations ou ces épanchements sont toujours cadavériques. D'ailleurs, à supposer qu'ils puissent se développer pendant la vie, il n'existe aucun signe particulier pour les faire reconnaître, à moins pourtant que le gaz ne se soit épanché dans une articulation superficielle, cas dans lequel la percussion, faisant entendre un son plus ou moins tympanique, révélerait ainsi la nature de l'altération.

PNEUMATOSE PÉRITONÉALE.

On a cru pendant longtemps que, dans la tympanite, les gaz occupaient spécialement ou même exclusivement la cavité du péritoine. Cependant, vers le commencement du siècle dernier, Littre démontra, par des ouvertures cadavériques, combien cette opinion était erronée; il soutint même que le péritoine n'exhalait jamais de gaz pendant la vie, et que, dans toutes les tuméfactions venteuses du ventre, les fluides élastiques étaient constamment et exclusivement contenus dans l'estomac et les intestins (1). Cette doctrine trouva des contradicteurs; Combalusier surtout chercha à la refuter dans le tome I de sa *Pneumo-Pathologie*. Mais aucun des faits que cet auteur a rapportés ne démontre que les gaz que lui ou d'autres ont trouvés dans le péritoine avaient été réellement exhalés par cette membrane, et que dans aucun cas ils ne provenaient point d'une lésion des intestins, et plus souvent encore d'un commencement de décomposition putride. Nous croyons que, dans l'état actuel de la science, on ne doit pas nier absolument la possibilité d'une pneumatose péritonéale. Cependant cette affection est tellement rare qu'il n'en existe peut-être pas encore d'exemples bien authentiques. Il est donc inutile qu'à l'exemple de tous les auteurs de pathologie, nous recherchions quelles sont les causes, les symptômes et le diagnostic différentiel d'une affection dont l'existence est très problématique.

DU PNEUMO-PÉRICARDE.

L'épanchement des gaz dans le péricarde est une maladie fort rare, et sur laquelle nous ne possédons encore aucun renseignement précis. Il résulte cependant du petit nombre de faits observés jusqu'à ce jour,

(1) *Mém. de l'Acad. des sciences*, année 1713, p. 235.

que le pneumo-péricarde a presque toujours coïncidé avec un épanchement de liquide.

On a indiqué deux signes comme pouvant faire diagnostiquer l'accumulation des gaz dans le péricarde. Ces signes sont une résonnance tympanique de la région précordiale et un bruit de fluctuation ou du gargouillement déterminé par les battements du cœur. Il faut seulement prendre garde de ne pas confondre avec ce phénomène un bruit de fluctuation dont l'estomac est souvent le siége *pendant l'ingestion des liquides, ou lorsqu'on imprime au tronc une secousse un peu brusque.*

Laënnec avait cru que l'épanchement gazeux dans le péricarde était la cause qui faisait que, chez certains sujets, on pouvait entendre les battements du cœur à une certaine distance de la poitrine (plusieurs pouces ou même plusieurs pieds); mais aucun fait n'est venu à l'appui de l'assertion de Laënnec. Nous verrons d'ailleurs par la suite que les battements du cœur ne s'entendent à distance que dans certaines affections organiques ou dans quelques cas de palpitations nerveuses.

DU PNEUMO-THORAX.

L'épanchement de gaz dans la cavité des plèvres caractérise anatomiquement le *pneumo-thorax.*

Historique. — Cette maladie était à peu près inconnue avant les immortels travaux de Laënnec. Quelques anatomistes ou chirurgiens tels que Riolan, Littre et Pouteau avaient bien constaté plusieurs fois la présence des gaz inodores ou fétides dans la plèvre; Itard, dans sa thèse inaugurale soutenue en 1803, avait bien publié quelques considérations importantes sur ce sujet encore obscur: mais ce fut Laënnec qui, le premier, traça l'histoire de la maladie, qu'il apprit à reconnaître pendant la vie. Ses successeurs n'ont presque rien ajouté à ce qu'il avait dit lui-même; cependant MM. Louis, Chomel, Stokes, Andral et Valleix, en publiant le fruit de leurs recherches, et en venant confirmer les travaux de Laënnec, ont encore bien mérité de la science. Nous en dirons autant de MM. Beau et de Castelneau, qui se sont livrés à des études suivies pour expliquer un des phénomènes les plus curieux de l'auscultation (le tintement métallique) qu'on observe dans la maladie dont nous allons traiter. Enfin M. Saussier, en analysant récemment dans sa thèse la plupart des faits de pneumo-thorax publiés jusqu'à présent, a rendu un véritable service en donnant plus de précision à l'histoire de la maladie.

Causes du pneumo-thorax.—Le pneumo-thorax est *peut-être*, dans tous les cas, une maladie symptomatique consécutive à des altérations diverses des poumons, de la plèvre, de quelques organes voisins ou des parois thoraciques elles-mêmes.

1° *Lésions des poumons.* — Dans la grande majorité des cas, c'est-à-dire chez plus des deux tiers des malades, le pneumo-thorax est produit par une perforation pulmonaire, ce qui permet à l'air extérieur qui arrive à chaque inspiration dans les bronches de pénétrer en même temps dans la plèvre en quantité plus ou moins considérable. Cette perforation elle-même est l'effet de causes très diverses. Dans les neuf-dixièmes des cas, elle se produit chez les phthisiques, et elle résulte alors de la rupture d'une caverne et plus souvent encore de ce qu'un tubercule plus ou moins volumineux et superficiellement placé s'est ramolli, a usé, ulcéré la plèvre et a fini par s'épancher dans la cavité de cette séreuse. Les autres maladies du poumon qui peuvent encore produire une perforation de l'organe et par suite un pneumo-thorax sont, dans leur ordre de fréquence, la gangrène, la rupture des vésicules emphysémateuses, les hydatides, l'apoplexie, les ruptures ou déchirures du poumon par suite d'une violence extérieure, enfin les abcès. Dans tous ces cas, le mode de production du pneumo-thorax est le même; cependant, dans la gangrène, l'épanchement de gaz peut être produit à la fois ou bien isolément par la perforation du poumon ou par la décomposition putride des tissus.

2° *Lésions de la plèvre.* — Le pneumo-thorax a été aussi fréquemment observé dans le cours de certaines pleurésies chroniques, simples, sans tubercules La maladie se produit alors presque toujours lorsque le liquide épanché s'est fait jour dans les bronches, c'est-à-dire qu'il existe encore ici une perforation du poumon différant néanmoins de celles dont nous avons déjà parlé en ce que la première est produite de dehors en dedans. Dans quelques cas assez rares pourtant il est impossible de rapporter le pneumo-thorax à une perforation du poumon, et tout porte à penser que le gaz a été formé de toute pièce dans la plèvre; il est alors produit tantôt par la décomposition des fluides épanchés (sang ou pus), d'autres fois il a été simplement exhalé par la plèvre.

3° *Lésions des organes voisins.* — Le pneumo-thorax peut résulter d'une communication anormale qui s'établit entre la plèvre et un des organes creux environnants, contenant de l'air ou divers fluides élastiques; c'est ainsi que MM. Rilliet et Barthez ont vu un pneumo-thorax succéder à un abcès tuberculeux d'un ganglion bronchique qui s'était ouvert à la fois dans une bronche et dans la plèvre. Boerhaave a vu la même affection succéder à une rupture de l'œsophage; MM. Cruveilhier et Beau ont encore cité chacun un cas de pneumo-thorax consécutif à un ulcère carcinomateux de l'estomac qui avait perforé le diaphragme et la plèvre. On a vu enfin des kystes hydatiques ou des abcès du foie, s'ouvrant successivement dans la plèvre et le poumon, donner lieu à un pneumo-thorax dont il est facile de saisir le mode de production.

4° *Lésions des parois thoraciques.* — Les auteurs ont rapporté un assez grand nombre de pneumo-thorax produits par une plaie pénétrante de poitrine avec ou sans lésion du poumon. Dans le premier cas, l'air provient surtout des bronches; dans le second, au contraire, il arrive dans la plèvre par la plaie extérieure.

C'est à l'une des causes nombreuses que je viens d'énumérer que paraissent devoir se rapporter tous les cas de pneumo-thorax qu'on observe dans la pratique. Quelques personnes admettent pourtant l'existence d'un pneumo-thorax essentiel, c'est-à-dire sans lésion appréciable des tissus, et produit seulement par une sorte de perturbation dans les fonctions de la plèvre, qui exhale des gaz en place de sérosité. Sans prétendre nier d'une manière absolue que la plèvre, à l'état sain, puisse ainsi exhaler des gaz, nous croyons pourtant que, jusqu'à présent, il n'existe aucun fait qui le prouve; il n'est même pas démontré qu'une exhalation aériforme dans la plèvre soit quelquefois, comme le dit Laënnec, un des accidents de l'agonie. Mais il est plus probable de rapporter à un commencement de décomposition putride les pneumo-thorax qu'on trouve à l'ouverture de certains cadavres et qui ne se lient à aucune des lésions que nous avons énumérées précédemment.

Le pneumo-thorax se montre inégalement aux différentes périodes de la vie humaine; rare avant dix ans et après cinquante, il a son maximum de fréquence entre vingt et trente ans, ce qui est en rapport avec la fréquence de la phthisie pulmonaire à cette période de la vie. Le sexe paraît également influer sur la formation du pneumo-thorax. M. Saussier a trouvé, en effet, que la maladie était plus de quatre fois plus commune chez l'homme que chez la femme (:: 124 : 28). La cause occasionnelle de la perforation est rarement apparente. Dans quelques cas rares elle est survenue à la suite d'une toux violente, d'une forte inspiration ou d'une compression du thorax; mais dans l'immense majorité des cas, elle n'arrive que par les progrès du travail ulcératif.

Caractères anatomiques. — D'après les détails dans lesquels je viens d'entrer, on voit combien sont graves, nombreuses et variées les lésions qu'on trouve à l'autopsie des individus qui meurent avec un pneumo-thorax; elles seront d'ailleurs complétement décrites lorsque je traiterai de chacune d'elles en particulier. Je dois me borner ici à dire ce qui est spécial au pneumo-thorax lui-même.

Celui-ci siège très inégalement dans les deux côtés de la poitrine : ainsi, lorsque le pneumo-thorax est symptomatique de la phthisie, il est deux fois plus commun à gauche qu'à droite :: 50 : 25 (Saussier), tandis que lorsqu'il est consécutif à un épanchement pleurétique, il siège presque toujours à droite, 17 fois sur 18. Le pneumo-thorax double est excessivement rare; on l'a peut-être à peine observé deux fois.

Le pneumo-thorax étant presque toujours symptomatique d'une per-

foration pulmonaire, il est généralement facile de découvrir celle-ci en examinant attentivement la surface du poumon; mais si, en raison du ratatinement que l'organe a subi, et des fausses membranes qui le recouvrent, on ne peut parvenir à découvrir l'orifice du trajet fistuleux, il faudra insuffler le poumon sous l'eau, et bientôt alors l'issue de quelques bulles d'air fera reconnaître le point perforé. Cependant il est encore des cas où les recherches les plus patientes sont inutiles pour faire découvrir la perforation. Celle-ci peut, en effet, s'être oblitérée; l'air épanché dans la plèvre, n'étant plus renouvelé, finit souvent alors par être absorbé plus ou moins complétement, de sorte qu'on n'en trouve plus de vestiges après la mort. J'ai observé plusieurs faits de ce genre. Le plus souvent il n'existe qu'une perforation, quelquefois il y en a plusieurs; leur orifice ne consiste tantôt qu'en un petit pertuis à peine perceptible; d'autres fois il a plusieurs centimètres de largeur. Il communique tantôt presque immédiatement avec une caverne ou une excavation quelconque du poumon, ou bien ce n'est qu'après un trajet de 1 ou 3 centimètres de longueur, et qu'on a même vu être parfois de 10 à 12, qu'on trouve la cavité à laquelle il aboutit. Le siége de la perforation varie suivant la cause organique qui la produit. Dépend-elle du ramollissement des tubercules, elle existe le plus souvent au sommet: ainsi, sur 47 cas analysés par M. Saussier, on trouve que la perforation a occupé le sommet 28 fois, la base 12 fois, la partie moyenne 7 fois. Cette prédilection pour le lobe supérieur s'explique par la marche même de la phthisie, dont les désordres commencent communément par le sommet, et y sont presque toujours plus graves.

La quantité de gaz épanché dans la plèvre varie beaucoup. John Davy en a recueilli dans un cas 220 pouces cubes; quelquefois, au contraire, il n'y a que quelques bulles : les quantités moyennes sont 1/2 litre ou 1 litre. Lorsqu'on ouvre la poitrine, le gaz s'échappe en faisant entendre un bruit ou un sifflement; il est inodore dans les sept-huitièmes des cas, à peu près (128 fois sur 147, Saussier); dans un huitième, il est fétide; il exhale une odeur d'hydrogène sulfuré, de macération anatomique ou de gangrène. Si le thorax, étant ouvert sous l'eau à l'aide d'un trois-quarts, on recueille ces gaz pour les analyser, on trouve qu'ils sont formés presque exclusivement par de l'azote et de l'acide carbonique (Davy, Martin Solon et Grisolle). On a aussi trouvé de l'hydrogène sulfuré et une matière animale; quelquefois, enfin, on y rencontre tous les éléments de l'air, mais alors l'oxigène est en faible proportion, tandis que le volume de l'acide carbonique a beaucoup augmenté.

Dans le pneumo-thorax, la plèvre renferme ordinairement, indépendamment des gaz, une quantité variable d'un liquide rarement séreux, le plus souvent floconneux ou purulent : de là le nom d'*hydro-pneumothorax* qu'on donne alors à la maladie. Soumis à ces deux causes de com-

pression, le poumon est plus ou moins revenu sur lui-même et atrophié ; son volume est en rapport avec l'abondance du double épanchement de gaz et de liquide. Lorsque celui-ci a été considérable, on constate, en outre, une dilatation de la poitrine, le refoulement du diaphragme, ainsi que le déplacement du cœur et des médiastins, comme nous l'avons vu pour la pleurésie.

Symptômes, marche. — Chez les deux tiers des malades environ, le pneumo-thorax débute brusquement par des accidents plus ou moins graves; chez les autres, au contraire, l'affection survient d'une manière lente et obscure. Dans le premier cas, l'invasion de la maladie est presque toujours caractérisée par une douleur violente et subite dans le côté de la poitrine, ainsi que par une dyspnée, une anxiété et un sentiment d'oppression parfois extrême. Ce dernier symptôme est presque constant ; il n'en est plus de même de la douleur, qui manque quelquefois. Cette absence de la douleur se remarque surtout dans les cas rares où l'air est exhalé par la plèvre enflammée, ou bien lorsque, provenant du poumon, il s'épanche seul ; mais il n'en est plus de même lorsqu'un liquide plus ou moins irritant, comme du pus, de la matière tuberculeuse, des hydatides ou les fluides contenus dans l'estomac, pénètrent en même temps dans la cavité séreuse. Dans ces cas, la douleur nous paraît être à peu près constante, elle est l'indice d'une inflammation sur-aiguë de la plèvre qui a pour effet de produire bientôt un épanchement séro-purulent. Cependant le mode d'invasion n'est plus le même lorsque le pneumo-thorax, survenant dans le cours d'une pleurésie chronique, est consécutif à l'évacuation du liquide épanché à travers le poumon. Dans ce cas, en effet, on voit encore se déclarer une dyspnée subite, une oppression parfois extrême, avec menace de suffocation et d'asphyxie. Mais ici les accidents sont produits par le liquide qui obstrue les bronches, et qui est bientôt rejeté à flot par la bouche, et souvent aussi par les fosses nasales. C'est après ces accidents que l'air, s'introduisant dans la plèvre par la fistule pulmonaire, vient prendre la place qu'occupait auparavant l'épanchement liquide ; la douleur de côté manque alors constamment.

Quel que soit, d'ailleurs, le mode d'invasion, l'exploration de la poitrine fournit bientôt des signes très importants. Ainsi, lorsque l'air est épanché en assez grande abondance dans la plèvre, le côté de la poitrine est presque immobile dans l'inspiration ; il est dilaté ; les espaces intercostaux sont plus larges et bombés; le cœur peut être déplacé ainsi que le foie ou la rate, suivant que la maladie siège à droite ou à gauche. L'épanchement d'air dans la plèvre a pour effet d'exagérer la sonorité ; celle-ci est en rapport avec le volume de l'air épanché. Si celui-ci est en grande abondance, la percussion donnera une résonnance tympanique ; cette sonorité pourra exister dans toute la hauteur du thorax, mais cela n'a guère lieu qu'au commencement de la maladie,

car lorsque la pleurésie consécutive a amené la production d'un épanchement de liquide, celui-ci, à l'inverse des gaz, s'accumulant dans les points les plus déclives, il en résulte qu'en percutant le thorax, on trouve une matité plus ou moins étendue à la base de la poitrine, tandis qu'au-dessus du niveau de l'épanchement liquide il existe une résonnance plus ou moins tympanique. L'auscultation fournit des résultats non moins importants: ainsi Laënnec a prouvé que le premier effet d'un épanchement d'air dans la plèvre est d'affaiblir le murmure naturel de la respiration, ou même de l'abolir tout-à-fait lorsque la compression exercée sur le poumon est très considérable. D'autres phénomènes moins constants que les précédents sont encore fournis par l'auscultation: ce sont le *tintement métallique*, le *bourdonnement amphorique* et la *fluctuation hippocratique*. Laënnec a désigné sous le nom de *tintement métallique* un phénomène singulier qui consiste en un bruit parfaitement semblable à celui que rend une coupe de métal, de verre ou de porcelaine que l'on frappe légèrement avec une épingle ou dans laquelle on laisse tomber un grain de sable. Ce phénomène peut être perçu pendant les mouvements respiratoires, et mieux encore lorsque les malades parlent ou toussent; enfin dans quelques cas assez rares le tintement métallique se produit lorsque le malade qui était couché sur le dos se soulève brusquement pour s'asseoir. La présence d'un épanchement à la fois liquide et gazeux dans la plèvre, et sa communication avec l'air extérieur, paraissent être les trois conditions indispensables pour la manifestation du phénomène; cependant le mécanisme suivant lequel il est produit n'est pas encore parfaitement établi. Le tintement métallique est-il l'effet de la résonnance de l'air agité à la surface de l'épanchement; ou de la chute d'une goutte de liquide tombant du sommet de la cavité sur la collection séreuse ou purulente amassée dans la partie déclive (Laënnec); ou bien dirons-nous, avec MM. Dance et Beau, que c'est une bulle d'air qui en venant crever à la surface du liquide après l'avoir traversé, produit une résonnance métallique; explication inadmissible pour les cas fréquents où la fistule située au sommet est placée au-dessus du niveau de l'épanchement? Aussi M. Guérard a-t-il proposé une autre théorie. Suivant lui, l'orifice fistuleux étant obstrué par des lambeaux membraneux et par un liquide visqueux, l'air extérieur doit rompre pendant l'inspiration cette sorte de soupape; souvent aussi la rupture s'opère pendant l'expiration, mais en sens inverse; il résulte de là un choc, un son unique qui, en retentissant dans une vaste cavité, produirait le timbre métallique du tintement. Enfin, un observateur distingué, M. de Castelneau, a essayé de prouver que le tintement métallique pouvait être considéré comme un *râle amphorique*, c'est-à-dire qu'il ne serait autre qu'un râle muqueux ou sous-crépitant, retentissant dans une cavité spacieuse à la faveur d'une communication établie entre

elle et les bronches. Il serait difficile d'adopter l'une de ces explications d'une manière exclusive, car aucune d'elles ne peut rendre compte de tous les cas particuliers; c'est ce qui nous fait supposer avec MM. Barth et Roger, que la cause du tintement métallique est probablement multiple. Quoi qu'il en soit, ce phénomène s'entend en général dans une grande étendue, et il est d'autant plus marqué que les quantités de liquide et de gaz contenus dans la poitrine sont dans des proportions plus égales.

Le tintement métallique coïncide ou alterne presque toujours avec le phénomène connu sous les noms de *respiration amphorique*, de *souffle amphorique* ou *métallique*, et qui consiste en un bruit retentissant semblable à celui qu'on produit lorsqu'on souffle dans une carafe ou une bouteille vide. On le distingue dans les deux temps de la respiration, surtout dans l'inspiration; il est continu ou intermittent; il est plus ou moins étendu; il siège communément dans le tiers moyen, et provient des vibrations que subit la colonne d'air qui s'introduit dans la plèvre à travers la fistule des poumons. Enfin, la *fluctuation thoracique ou hippocratique* est le dernier signe fourni par l'auscultation. Si, en effet, chez un malade atteint d'hydro-pneumo-thorax avec fistule pulmonaire, on imprime une secousse brusque à la poitrine pendant que l'oreille est appliquée contre elle, on entend un bruit de gargouillement pareil à celui qu'on produit lorsqu'on agite une carafe remplie au tiers d'eau. Ce phénomène, qui peut être plus ou moins intense, est parfois entendu à distance; les malades eux-mêmes en ont souvent la conscience, et le produisent à volonté lorsqu'ils se retournent dans leur lit ou qu'ils descendent un escalier. La connaissance de ce phénomène est très ancienne puisqu'elle remonte à Hippocrate; mais le père de la médecine n'en avait pas bien fixé la valeur séméiotique.

Les phénomènes si remarquables fournis par l'exploration thoracique que nous venons de faire connaître sont rarement réunis chez le même individu; quelques uns peuvent être perçus d'une manière tout-à-fait passagère ou bien même manquer complétement: tels sont d'abord la fluctuation hippocratique, puis ensuite le tintement métallique, et en dernier lieu la respiration amphorique, tandis que l'exagération de la sonorité, avec faiblesse ou absence du murmure vésiculaire, se rencontre à divers degrés et dans une étendue variable chez tous les malades sans aucune exception, et quelle que soit la lésion organique qui a produit le pneumo-thorax. Au contraire, le souffle amphorique manque tout-à-fait lorsqu'il n'existe pas de fistule pulmonaire; il n'en est peut-être pas de même du tintement métallique et de la fluctuation thoracique, qui paraissent pouvoir être encore produits lorsque la plèvre n'est en communication ni avec la cavité des bronches ni avec celle de l'estomac.

Les malades atteints de pneumo-thorax toussent plus ou moins, et

rejettent des crachats variables. Ce symptôme dépend d'ailleurs bien moins de l'épanchement gazeux que de la maladie préexistante, telles que tubercules ou pleurésie. Dans le premier cas, on a prétendu que la compression des poumons par l'air extravasé devait produire l'affaissement des cavernes, et par suite une diminution dans la sécrétion des crachats : mais on ne peut invoquer en faveur de cette opinion qu'un très petit nombre de faits. Au contraire, dans les cas d'épanchements pleurétiques primitifs, ou même dans ceux qui sont consécutifs à la perforation pulmonaire, on voit souvent les malades rejeter, après des efforts de toux ou de vomissement, une grande quantité d'un liquide purulent, d'une odeur fade ou alliacée. Cette évacuation peut se renouveler plus ou moins fréquemment, et c'est lorsque les malades ont ainsi rejeté une partie du liquide contenu dans la plèvre, que quelques uns des phénomènes physiques signalés plus haut, et particulièrement la respiration amphorique, deviennent plus manifestes. Les matières expectorées et l'haleine des malades exhalent une puanteur gangréneuse, lorsque le pneumo-thorax est symptomatique d'une mortification des poumons.

Les symptômes généraux sont en rapport avec les lésions graves qui existent du côté des voies aériennes : ainsi le pouls est habituellement fréquent et petit; il y a une fièvre hectique; l'amaigrissement fait des progrès; les malades, la tête élevée, restent habituellement couchés sur le côté affecté; bientôt l'œdème, envahissant les parois de la poitrine, se propage à toute la périphérie du corps, et la mort survient lentement, ou bien brusquement dans un accès de suffocation.

L'époque à laquelle la mort arrive varie : ainsi il est des malades qui succombent au bout de quelques heures, tandis que chez d'autres l'existence se prolonge pendant deux, quatre, six, douze, dix-huit mois, et jusqu'à trois ans et demi. Cependant, la durée moyenne de la maladie, lorsqu'elle doit avoir une issue funeste, ne dépasse guère vingt-cinq ou trente jours. L'état des parties ne rend pas toujours compte de cette durée inégale; toutefois on peut dire d'une manière générale que le pneumo-thorax qui a été produit par la gangrène ou par les tubercules a généralement une durée plus courte que celui qui a été consécutif à une pleurésie chronique. Cependant le pneumo-thorax dont la durée a été la plus longue (trois ans et demi) a été observé sur un sujet tuberculeux (1). Il nous est arrivé plusieurs fois de voir disparaître peu à peu les signes physiques du pneumo-thorax, quoique l'état des malades continuât à s'aggraver. Dans ces cas, la percussion faisait toujours reconnaître une augmentation dans l'épanchement liquide, qui semblait remplacer l'air à fur et à mesure que celui-ci était

(1) *Guy Hospital reports*, 8 livraison, observation de M. Barlow.

résorbé. C'est à l'autopsie de ces individus qu'il nous était impossible de retrouver la perforation pulmonaire. Celle-ci s'étant, en effet, oblitérée, l'air n'ayant plus été renouvelé, celui qui s'était primitivement épanché ayant été plus ou moins complétement résorbé, nous avions vu disparaître, pendant la vie, le souffle amphorique et le tintement métallique; l'excès de sonorité avait aussi diminué peu à peu, et avait fini par être remplacé par une matité complète: aussi avons-nous déjà dit qu'à l'ouverture des cadavres nous ne trouvions plus aucune bulle d'air, tandis qu'un épanchement purulent remplissait tout le côté de la poitrine. Dans les cas où le pneumo-thorax a une heureuse issue, la guérison est toujours lente, et elle s'effectue comme pour la pleurésie chronique. Cette guérison d'ailleurs est un cas très exceptionnel, elle n'a pas encore été observée lorsque le pneumo-thorax était consécutif aux tubercules ou à la gangrène des poumons; au contraire, la guérison n'est pas très rare lorsque le pneumo-thorax succède à une pleurésie chronique simple, ou à une lésion traumatique des poumons. M. Saussier en a réuni quatorze cas dans sa thèse (douze cas de pleurésie, une plaie de poitrine, une rupture du poumon).

Diagnostic. — Comme l'observe M. Louis avec beaucoup de raison, une douleur subite, survenant dans un des côtés de la poitrine, avec étouffement, anxiété, et tous les symptômes de la pleurésie aiguë, devra faire soupçonner qu'une perforation pulmonaire vient de s'établir. En l'absence de la douleur, l'étouffement et l'anxiété, se manifestant subitement, auront la même importance diagnostique. Ces symptômes ont d'autant plus de valeur qu'ils se rencontrent chez des sujets souffrant depuis longtemps de la poitrine, ou qui même sont déjà très manifestement phthisiques. L'exploration fait alors constater une dilatation générale dans tout un côté du thorax, une diminution dans la force du murmure vésiculaire, une exagération de la sonorité, excepté dans les parties déclives, où presque toujours il existe au contraire une matité complète. Enfin, on entend le souffle amphorique, le tintement métallique et la fluctuation hippocratique. Ces trois derniers phénomènes ne sont pas précisément pathognomoniques de l'hydro-pneumo-thorax avec fistule pulmonaire, puisqu'on les a observés également dans des cas où il n'existait que de vastes excavations dans le poumon. Cependant ces faits sont tellement rares, tellement exceptionnels, que l'existence d'un souffle amphorique bien caractérisé, d'un tintement métallique manifeste, et à plus forte raison d'une fluctuation thoracique, doit donner la *presque certitude* qu'il existe un hydro-pneumo-thorax consécutif à une perforation du poumon. D'ailleurs, dans les cas fort rares où ces phénomènes sont produits dans une excavation, celle-ci est presque toujours tuberculeuse; les bruits morbides existent donc alors au sommet, et sont circonscrits à un espace peu considérable; ils sont aussi moins distincts,

ne sont souvent que passagers, et coïncident en général avec du gargouillement, une voix et une toux caverneuses. Dans le pneumo-thorax, au contraire, le souffle amphorique et le tintement métallique retentissent dans une grande étendue, et ont généralement leur maximum d'intensité à la partie moyenne ou inférieure. L'augmentation de la sonorité coïncidant avec la diminution du murmure respiratoire et la dilatation du thorax sont trois phénomènes communs à la dilatation des vésicules pulmonaires et au pneumo-thorax. Mais, dans le premier, la dilatation de la poitrine, presque toujours partielle, est bornée à la région sus-mammaire, tandis que dans le pneumo-thorax la dilatation est générale, et elle est surtout manifeste à la base et à la partie moyenne. Dans l'emphysème, la sonorité, quoique exagérée, l'est beaucoup moins que dans le pneumo-thorax, où elle est tout-à-fait tympanique. Enfin, la faiblesse du bruit respiratoire, qui est commune aux deux maladies, coexiste souvent dans l'emphysème avec des râles sibilant et sous-crépitant.

Il importe beaucoup pour le pronostic de reconnaître si le pneumo-thorax est simple ou si, comme cela a lieu presque toujours, il se complique de perforation pulmonaire. Cette dernière lésion sera regardée comme certaine toutes les fois qu'on entendra une respiration amphorique. Lorsque, au contraire, celle-ci manque tout-à-fait, il est douteux que la plèvre communique avec les bronches, lors même que le tintement métallique et le bruit de fluctuation thoracique existeraient, attendu que ces phénomènes peuvent peut-être se produire dans l'hydro-pneumo-thorax simple.

Le diagnostic du pneumo-thorax une fois établi, il s'agit de déterminer la cause organique qui l'a produit. On y parviendra par l'étude et la comparaison des symptômes qui l'ont précédé et de ceux qui l'accompagnent actuellement. Ainsi, les signes du pneumo-thorax surviennent-ils chez un sujet qui a eu des hémoptysies, qui tousse depuis longtemps, qui a maigri, ou chez lequel on trouve sous l'une ou l'autre clavicule quelque signe de tubercule, on devra diagnostiquer une perforation pulmonaire par cause tuberculeuse. Si l'haleine et les crachats exhalent une puanteur gangréneuse, on reconnaîtra que les accidents dépendent d'une mortification du poumon. Si le pneumo-thorax survenait brusquement chez un sujet atteint de pneumonie, et lorsque l'inflammation semblait avoir passé au troisième degré, on soupçonnera la formation d'un abcès qui s'est ouvert dans la plèvre. On croira qu'un foyer apoplectique superficiel a déchiré la plèvre lorsque le pneumo-thorax, survenant brusquement au milieu d'un état de santé plus ou moins parfait, a été précédé d'une hémoptysie très abondante. Si la maladie se manifeste chez un individu qui n'a d'autre affection de poitrine qu'une dilatation des vésicules pulmonaires, il sera rationnel d'at-

tribuer à la rupture de quelque vésicule l'épanchement d'air qui s'est effectué dans la plèvre. Lorsque chez un malade on voit, après une évacuation plus ou moins abondante de pus ou de sérosité floconneuse par la bouche, les signes qui indiquaient un épanchement pleurétique (matité, absence du bruit respiratoire) être remplacés par une sonorité exagérée, une respiration amphorique, etc., on diagnostiquera qu'un épanchement pleurétique s'est frayé une issue à travers les poumons, et que l'air des bronches est venu prendre la place du liquide évacué. Si le pneumo-thorax survient chez un sujet atteint d'une lésion organique de l'estomac; si la respiration et la toux amphorique manquent; si les autres phénomènes, comme le tintement métallique, ne surviennent qu'après l'ingestion des boissons, on reconnaîtra à ces signes une communication de la plèvre avec l'intérieur de l'estomac. Si ces phénomènes se remarquent au moment où les boissons traversent encore l'œsophage, et si à chaque ingestion des liquides les malades éprouvent un redoublement dans le malaise et l'oppression, on soupçonnera fortement une perforation de l'œsophage. Existe-t-il enfin une tumeur liquide du foie (abcès ou kyste) qui s'est bruquement affaissée; les signes du pneumo-thorax se sont-ils manifestés après cet affaissement et après l'expulsion par la bouche d'une partie du liquide; on diagnostiquera les lésions suivantes : 1° tumeur liquide du foie ouverte à la fois dans la plèvre et le poumon; 2° fistule du poumon, communiquant avec la plèvre. Nous croyons qu'il est impossible de diagnostiquer le pneumo-thorax consécutif à une perforation des ganglions bronchiques.

Pronostic. — Le pronostic est toujours grave; car, comme nous l'avons vu, le pneumo-thorax a presque toujours une issue funeste.

Traitement. — Toute la thérapeutique du pneumo-thorax se réduit presque toujours à l'emploi de quelques moyens palliatifs. Deux symptômes appellent surtout la sollicitude du médecin : ce sont la douleur et la dyspnée. La douleur est l'effet de l'inflammation de la plèvre : on devra donc la combattre par des émissions sanguines. La faiblesse des sujets s'oppose le plus souvent à ce qu'on ouvre la veine du bras; il faut se borner à appliquer des sangsues en petit nombre ou quelques ventouses scarifiées; et dans les cas où la faiblesse est telle qu'elle s'oppose à une perte de sang, même minime, il faut recouvrir la partie douloureuse d'un large vésicatoire, qu'on pourra panser les jours suivants avec un sel de morphine. Les préparations d'opium données à l'intérieur et dès le début de la maladie sont fort avantageuses, car elles calment les souffrances, diminuent le besoin de respirer et empêchent la toux, qui est une des causes qui réveillent au plus haut degré la douleur de poitrine. Ces moyens agiront en même temps très utilement contre la dyspnée. Cependant ce dernier symptôme étant en grande partie l'effet de la compression que le gaz épanché dans la plèvre exerce sur le poumon, quelques

praticiens ont proposé de lui donner issue par une ouverture artificielle. Cette opération paraît, il est vrai, avoir guéri plusieurs fois des épanchements à la fois liquides et gazeux des plèvres; mais ces faits sont excessivement rares, et appartiennent probablement tous à des cas d'hydro-pneumo-thorax symptomatique d'une pleurésie chronique. Des insuccès malheureusement trop nombreux ont prouvé qu'on ne pouvait guère recourir aujourd'hui à l'opération de l'empyème dans les cas d'hydro-pneumo-thorax, qu'à titre de moyen palliatif. Lorsque, en effet, en raison de l'abondance de l'épanchement, l'oppression est extrême et la suffocation imminente, il faut se hâter de donner issue au liquide et aux gaz accumulés dans la plèvre par l'incision d'un espace intercostal; mais dans le cas où c'est l'épanchement gazeux qui prédomine, on devra, au lieu d'ouvrir largement la poitrine, ne faire qu'une ponction avec un trois-quarts effilé. On conçoit que s'il existe une fistule pulmonaire, l'air qu'on a évacué sera bientôt renouvelé, et qu'il faudra peut-être alors recourir bientôt à de nouvelles ponctions.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

PREMIÈRE CLASSE DE MALADIES. — Des fièvres..... Page. 1

Premier genre de fièvres. — Fièvres continues..... 10

Fièvre éphémère..... *ib.*

Fièvre inflammatoire..... 12

Fièvre typhoïde..... 15

Du typhus, ou peste d'Europe, comparé à la fièvre typhoïde... 55

Fièvre continue d'Angleterre, ou *typhus fever*..... 58

Fièvre bilieuse des pays chauds..... 62

Fièvre jaune..... 64

Peste..... 74

Deuxième genre de fièvres. — Fièvres éruptives..... 84

Variole..... *ib.*

Vaccine ou prophylaxie de la variole..... 95

Varioloïde..... 100

Varicelle, petite-vérole volante ou vérolette..... 102

Rougeole..... 105

Scarlatine..... 111

Suette miliaire..... 120

Troisième genre de fièvres. — Fièvres intermittentes..... 125

Fièvre intermittente simple, bénigne, régulière, manifeste..... 126

Fièvre intermittente pernicieuse..... 140

Fièvres intermittentes anomales..... 145

Remarques sur les fièvres intermittentes symptomatiques..... 147

Quatrième genre de fièvres. — Fièvres rémittentes..... 149

Fièvre pseudo-continue..... 157

Cinquième genre de fièvres. — Fièvre hectique..... 159

DEUXIÈME CLASSE DE MALADIES. — Maladies constituées par un vice de proportion du sang..... 161

Premier genre. — *Maladies par excès de sang*..... *ib.*

Pléthore..... *ib.*

Congestion sanguine en général..... 164

Congestion cérébrale..... 168

Congestion rachidienne..... 174

Congestion pulmonaire..... *ib.*

Id. active..... 175

Id. passive..... 177

Congestion des organes abdominaux..... 180

Congestion du foie..... 180
Id. de la rate..... 182
Id. de l'utérus..... *ib.*
Deuxième genre. — Maladies par défaut de sang..... 184
Anémie..... *ib.*
Chlorose ou pâles couleurs..... 190
Anémie des organes en particulier..... 193

TROISIÈME CLASSE DE MALADIES. — Des inflammations..... 194
De l'inflammation en général..... *ib.*
Inflammation des organes digestifs..... 216
Stomatite..... *ib.*
Id. érythémateuse..... 217
Id. avec altération de sécrétion..... 218
Id. diphthéritique..... *ib.*
Id. avec muguet..... 219
Id. folliculeuse ou aphthes..... 223
De deux autres formes de stomatite ulcéreuse et pustuleuse..... 225
Stomatite mercurielle, salivation mercurielle, ptyalisme mercuriel. 226
Glossite..... 231
Des angines..... 232
Angine gutturale et angine pharyngée aiguës..... 233
Angine gutturale et pharyngée chroniques..... 235
Amygdalite ou angine tonsillaire..... *ib.*
Angine pseudo-membraneuse..... 241
Œsophagite..... 245
Gastrite aiguë..... 248
Gastrite chronique..... 252
Entérite et colite aiguës..... 257
Entérite et entéro-colite chroniques..... 264
De la dysenterie..... 269
Inflammations des annexes des organes digestifs..... 278
Parotides..... *ib.*
Hépatite aiguë..... *ib.*
Hépatite chronique..... 286
Inflammation des organes d'excrétion de la bile..... 288
Cholécystite..... *ib.*
Pancréatite..... 290
Splénite..... *ib.*
Inflammation des organes de la respiration..... 294
Laryngite..... *ib.*
Laryngite aiguë simple..... 295
Laryngite striduleuse ou pseudo-croup..... 296
Laryngite pseudo-membraneuse ou croup..... 300
Laryngite sous-muqueuse..... 308
Laryngite œdémateuse ou œdème de la glotte..... *ib.*

Laryngite sous-glottique..... 312
Laryngite chronique..... *ib.*
Trachéite aiguë et chronique..... 316
Bronchite aiguë..... 317
Bronchite chronique..... 325
Grippe..... 329
Pneumonie..... 332
Pleurésie aiguë..... 361
Pleurésie chronique..... 374
Inflammation des organes de la circulation..... 378
Péricardite..... *ib.*
Endocardite..... 384
Cardite..... 389
Artérite..... 390
Quelques remarques sur l'aortite..... 394
Phlébite en général, et de quelques phlébites en particulier..... 395
Inflammations du système lymphatique..... 405
Inflammation des vaisseaux lymphatiques..... *ib.*
Adénite ou inflammation des ganglions lymphatiques..... 407
Inflammation du système nerveux..... 409
Méningite cérébrale aiguë..... *ib.*
Méningite chronique..... 417
Méningite rachidienne et cérébro-spinale..... 418
Encéphalite..... 421
Myélite..... 431
Névrite ou neuritis..... 436
Inflammation de quelques uns des sens..... 437
Coryza..... *ib.*
Ozène ou coryza ulcéreux..... 441
Otite..... 445
Inflammations des organes de la sécrétion et de l'excrétion urinaires. 449
Néphrite aiguë et chronique..... 450
Pyélite..... 455
Néphrite albumineuse..... 460
Cystite aiguë et chronique..... 469
Inflammation des organes génitaux..... 474
Métrite..... 475
Métrite aiguë..... *ib.*
Métrite chronique..... 479
1° Métrite chronique avec engorgement et induration du tissu.. *ib.*
2° Métrite ulcéreuse et granulée..... 484
Ovarite..... 487
Inflammation des trompes utérines et des ligaments larges..... 491
Péritonite..... 492
Péritonite aiguë simple ou primitive..... *ib.*
Péritonite puerpérale..... 498

Péritonite symptomatique..... 507
Péritonite chronique..... 511
Inflammation du tissu cellulaire..... 515
Phlegmons splanchniques..... *ib.*
Plegmon et abcès des médiastins..... 516
Phlegmons abdominaux..... 518
Phlegmon péri-néphrétique..... *ib.*
Phlegmons et abcès des fosses iliaques..... 520
Phlegmon et abcès de l'excavation pelvienne..... 524
Oreillons..... 525
Inflammation du tissu musculaire..... 527
Psoïtis..... 528
Inflammations de la peau..... 530
Exanthèmes..... *ib.*
Erythème..... *ib.*
Roséole..... 533
Erysipèle..... 534
Pellagre..... 546
Urticaire..... 547
Inflammations vésiculeuses..... 550
Herpès..... *ib.*
A. Variétés de siége : 1° herpès labiales..... 551
— 2° præputialis..... *ib.*
B. Variétés de formes : 1° zona..... 552
— 2° circinatus..... 553
— 3° phlyctenodes..... 554
— 4° iris..... 555
Eczéma..... 556
Inflammations bulleuses..... 562
Pemphygus ou pompholix..... *ib.*
Rupia..... 566
Inflammations pustuleuses..... 567
Acné..... 568
Mentagre..... 571
Porrigo..... 572
Ecthyma..... 576
Impétigo..... 578

QUATRIÈME CLASSE DE MALADIES. — Sécrétions morbides..... 582
Premier genre de sécrétions morbides. — Hémorrhagies..... 585
Épistaxis..... 592
Hémoptysie..... 595
Stomatorrhagie..... 600
Gastrorrhagie et hématémèse..... 601
Hémorrhagies intestinales..... 606
Flux hémorrhoïdal et hémorrhoïdes..... 610

Hématurie 618
Urétrorrhagie 623
Métrorrhagie 624
Hémorrhagies des membranes séreuses 630
Hémorrhagie ou apoplexie méningée 632
Sueurs de sang ou hématidrose 636
Hémorrhagies interstitielles ou apoplexies 637
Hémorrhagie ou apoplexie cérébrale 638
Hémorrhagie de la moelle ou hématomyélie 653
Apoplexie pulmonaire 655
De quelques autres apoplexies : 1° des viscères abdominaux ; 2° du placenta ; 3° des muscles ; 4° du cœur 660
Purpura 661
Scorbut 667
Deuxième genre de sécrétions morbides. — Sécrétions de sérosité 672
Hydropisies en général 673
Hydropisies en particulier 682
Anasarque ..... *ib.*
Œdème 686
Œdème des nouveaux-nés 688
Phlegmatia alba dolens 690
Hydropisies cérébro-spinales 694
Hydrocéphale aiguë ..... *ib.*
Apoplexie séreuse 695
Hydrocéphale chronique 698
Hydrorachis 703
Hydrorachis avec spina bifida ..... *ib.*
Œdème des poumons 706
Hydrothorax ou hydropisie des plèvres 709
Hydropéricarde 711
Ascite 713
Sécrétions séreuses des membranes muqueuses 722
Choléra asiatique 723
Hydro-entérorrhée 731
Exhalations séreuses dans les organes génitaux de la femme (hydrorrhée, hydrométrie à l'état de vacuité et pendant la grossesse) 732
Troisième genre de sécrétions morbides. — Sécrétions muqueuses en général 736
Broncorrhée 739
Gastrorrhée 744
Diarrhée catarrhale 746
Leucorrhée 748
Catarrhe vésical 753
Quatrième genre de sécrétions morbides. — Sécrétions propres à quelques organes 755

Éphidrose 756
Polysarcie ou obésité 758
Flux bilieux 761
Choléra-morbus sporadique ou européen 762
Polyurie 768
Galactorrhée ou flux de lait 770
Spermatorrhée 772
Cinquième genre de sécrétions morbides. — Des pneumatoses ou sécrétions gazeuses 781
Emphysème ..... *ib.*
Emphysème interlobulaire des poumons 783
Pneumatose du conduit digestif 784
Développement spontané des gaz dans les organes de la circulation sanguine 790
Pneumatoses des voies urinaires et génitales 791
Pneumatoses des membranes séreuses et synoviales 793
Pneumatose péritonéale 794
Pneumo-péricarde ..... *ib.*
Pneumo-thorax 795

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU PREMIER VOLUME.

Rare Books
6.G.186
Traite elementaire et pratique 1844
Countway Library BDW6343
3 2044 045 547 734

Rare Books
6.G.186
Traite elementaire et pratique 1844
Countway Library
BDW6343
3 2044 045 547 734